

La

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

## und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft



L. Bayer (Brüssel), F. Cardone (Neapel), O. Chiari (Wien), L. Góngora (Barcelona), Th. Hering (Warschau), M. Johnston (Edinburgh), G. Jonquière (Bern), W. Landgraf (Berlin), G. M. Lefferts (New-York), N. Lunin (St. Petersburg), P. M'Bride (Edinburgh), E. J. Moure (Bordeaux), Ph. Schech (München), E. Schmiegelow (Kopenhagen), O. Seifert (Würzburg), G. Sentiñon (Barcelona)

herausgegeben

von

**FELIX SEMON**

London.

**Sechster Jahrgang.**

(Juli 1889 bis Juni 1890.)

Berlin, 1890.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.



# Inhalt.

## I. Leitartikel.



## II. Referate.



## III. Kritiken und Besprechungen.

### a) Monographien und grössere Aufsätze:

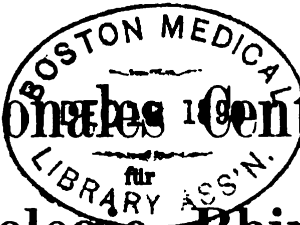


### b) Gesellschaften und Congress-Sitzungen:

## IV. Nekrologe.



## V. Briefkasten.




# Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang VI. Berlin, Juli. 1889. No. 1.


## I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

### Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

### XI. Zweifelhafte Fälle von Umbildung nach intralaryngealen Operationen.

1. Egmont Baumgarten (Budapest). „In einem Falle glaubte ich diesen Uebergang annehmen zu dürfen, obwohl es auch möglich ist, dass die seit einigen Jahren bestehende harte Geschwulst auch ohne operative Eingriffe in eine maligne übergegangen wäre. Der schon früher tracheotomirte Kranke entschloss sich zur galvanokaustischen Zerstörung, nachdem er trotz Tracheotomie Schmerzen und Beschwerden hatte."

Die näheren Umstände dieses Falles sind in der Beschreibung des Collegen Baumgarten folgende:

Der Patient war ein 45jähriger Tischler. Die Geschwulst im Kehlkopf war im 42sten Lebensjahr aufgetreten. Ein über wallnussgrosser Tumor ging mit breiter Basis vom rechten Taschenbande aus, füllte fast den ganzen Larynx aus und liess nur hinten einen 2 mm breiten Spalt frei. Der Patient war, wie erwähnt, bereits tracheotomirt worden, ehe B. operirte. Ein Jahr vor der galvanokaustischen, mit Schlinge und Brenner ausgeführten Operation war der Tumor ebenso gross wie zur Operationszeit, hart (Fibrom), überall mit Schleimhaut bedeckt, die derjenigen der Umgebung gleich war. Drüseninfiltration war nicht vorhanden. Nach den ersten zwei Brennungen war die Geschwulst um ein Drittel kleiner, nach der dritten ebensogross wie früher. Die Zeit zwischen der letzten Operation und der vermutheten Umbildung betrug nur einen Monat. Die Hautfarbe wurde gelb, die Secretion wurde blutig, Drüsen und Tumorumgebung infiltrirt, weswegen B. von weiteren Operationen abstand und Exstirpation vorschlug. Ueber den weiteren Verlauf ist ihm nichts bekannt.

[Der gegebenen Schilderung zufolge kann es sich ebensogut um eine primär bösartige harte Geschwulst (Scirrhus) oder um eine Mischform gehandelt haben, wie um eine Umbildung. Die Länge des Verlaufs übersteigt durchaus nicht diejenige vieler primären Kehlkopfkrebse und der einzige Umstand, dass die Geschwulst ein Jahr lang in unveränderter Grösse (d. h. soweit nach aussen sichtbar) bestand, kann wohl nicht als zwingender Beweis dafür angesehen werden, dass sie primär gutartiger, fibromatöser Natur war, zumal mikroskopische Untersuchungen ganz fehlen. Es ist sehr lehrreich, diesen Fall genau mit dem Newman'schen Falle spontaner Umbildung (vgl. IX, 7, p. 482) zu vergleichen. Er könnte wohl für die Ansicht derjenigen herangezogen werden, welche bei primär bösartigen Geschwülsten von intralaryngealen, naturgemäss oft unvollkommenen Eingriffen eine Beschleunigung des Processes fürchten.]

J. Solis Cohen (Philadelphia), der sich, wie an mehreren Stellen dieses Berichtes hervorgehoben worden ist, eingehender als die meisten anderen Fachgenossen mit der in der Sammelforschung ventilirten Frage beschäftigt hat [1]), begleitete seinen aus vier Fällen bestehenden Beitrag zu unserer Sammelforschung mit folgenden Bemerkungen:

„Der erste Fall meiner Serie (1867—68) veranlasste mich zu dem Glauben, dass gutartige Geschwülste durch lange fortgesetzte, operative Eingriffe zur bösartigen Umbildung gebracht oder letztere beschleunigt werden könnte. Der Umstand, dass der Patient so lange die Operation überlebte, führte mich dann dazu, die Diagnose der Bösartigkeit in seinem Falle anzuzweifeln (vgl. „Diseases of the Throat etc." 2. Auflage. New York, 1879, p. 570); neuere Berichte von langer Lebensdauer nach gründlicher Entfernung haben mich aber wieder schwankend gemacht, und deswegen berichte ich den Fall in diesem Zusammenhange."

„Ich bin mir selbst lebhaft des zweifelhaften Elements in allen vier Fällen bewusst; angesichts meiner Erinnerungen anscheinender Uebergänge anscheinend gutartiger in anscheinend bösartige Geschwülste ohne praktisch messbare Intervalle bin ich indessen vorläufig noch nicht geneigt, mich zu der Ansicht zu bekennen, dass gutartige Geschwülste nicht durch fortgesetzte, unverständige intralaryngeale Exstirpationsversuche in bösartige umgebildet, resp. diese Umbildung beschleunigt werden könne."

Wie wenig Cohen indessen gewillt war, hartnäckig an seinen Ansichten festzuhalten, falls ihm triftige Gegengründe gegeben werden könnten, erhellt aus folgenden Sätzen eines Briefes, den er in Beantwortung einiger Einwürfe des Herausgebers an denselben richtete, und welche letzterer sich nicht versagen kann, hier zu citiren, da sie die wissenschaftliche Denkweise des mit Recht so hoch geschätzten amerikanischen Laryngologen am besten illustriren:

„ . . . . . Ich wünsche durchaus, dass Sie die Dinge beim rechten Namen

---

[1]) Vgl. a. Transactions of the American Laryngol. Association. 1880. p. 98. 1888. p. 113. Ferner Internat. Cyclopaedia of Surgery. New-York. 1884. Vol. V. p. 789.

nennen. Ich möchte die Wahrheit kennen lernen, und wenn die Bedingungen, auf welche ich eine irrige Meinung gegründet habe, sich als Stützen des Gegentheils meiner Ansichten erweisen sollten, so wird das erwiesenermassen Wahre sich nur um so fester meinem Geiste einprägen. Ich glaube alle Lücken meiner Fälle zu kennen; ich fühlte indessen, dass dieselben, wie sie sind, mit allen ihren Mängeln berichtet werden sollten. . . . .“

Es folgen nunmehr Cohen's vier Fälle.

2. J. Solis Cohen. Der erste Fall wurde in den Jahren 1867—68 beobachtet. Der Patient war ein 26jähriger Mann. Wie lange die Geschwulst bereits bestanden hatte, war nicht mit Sicherheit zu ermitteln. Es handelte sich anscheinend um multiple Papillome, von denen zwei kleine am rechten Stimmbande sassen, während eine grosse Papillommasse das linke Stimmband und das Innere des linken Ventrikels einnahm. Die Diagnose „Papillom“ wurde sowohl auf Grund der Inspection, wie auf Grund microscopischer Untersuchungen gestellt, die von den Herren J. Tyson, J. M. Da Costa und anderen Aerzten Philadelphia's vorgenommen wurden. Es wurde mittelst verschiedener operativer Methoden (Messer, Zange, galvanocaustischer Brenner etc.) in dem vergeblichen Bestreben vorgegangen, die grössere Masse radical zu exstirpiren. Von einem eigentlichen „Recidiv“ kann, wie Cohen sehr richtig bemerkt, nicht die Rede sein, weil die ursprüngliche Geschwulst niemals gänzlich entfernt wurde. — Der Autor fährt nun wörtlich fort: „Die Umbildung, wenn überhaupt Umbildung erfolgte, war ein continuirlicher Process während der verschiedenen Monate, in denen operative intralaryngeale Massregeln wiederholt vorgenommen wurden. Die Umbildung (?) erfolgte im Bezirk der ursprünglichen Neubildung. Die Diagnose der Bösartigkeit (Epitheliom) wurde auf Grund microscopischer Untersuchungen intralaryngeal entfernter Fragmente gestellt. Diese Untersuchungen wurden von den Herren W. G. Pancoast, J. M. Da Costa, James Tyson (Philadelphia) und von Surgeon J. J. Woodward vom militärärztlichen Museum in Washington ausgeführt. Klinische Symptome, die auf Bösartigkeit hingedeutet hätten, waren nicht vorhanden. Die bösartige Geschwulst nahm dieselbe Stelle ein, wie die vermuthlich ursprünglich gutartige Neubildung. Die Thyreotomie wurde ausgeführt und das Neoplasma mit einer beträchtlichen Zone gesunden Gewebes entfernt. Der Patient lebt noch jetzt. Kein Recidiv.“

Zum Schluss verweist der Verfasser auf verschiedene Publicationen, in denen er dieses Falles gedacht hat. Es sind dies die folgenden: „Medical Record“, New York, July 15, 1869, p. 244; Cohen's „Diseases of the Throat“, New York 1872; Cohen's „Diseases of the Throat and Nasal Passages“, 2. Aufl. 1879; „Medical News“, 3. December 1887.

[Der Verfasser hat selbst sowohl in der Einleitung zu seinem Beitrage, wie in den Schlusssätzen der Beschreibung des vorstehenden Falles auf die zweifelhaften Elemente desselben hingewiesen. Wir sprechen hier nicht von dem ungewöhnlich jugendlichen Lebensalter des Patienten (26), da, wie im VI. Abschnitte bemerkt (vgl. pp. 369, 370) wohlverbürgte Fälle von Krebs in noch früherem Alter zur Beobtung gekommen sind, und ebensowenig macht der Umstand, dass er

die Laryngofissur so lange überlebt hat, die Diagnose der Bösartigkeit zweifelhaft, da ja auch andere, sichere Fälle von Kehlkopfkrebs durch diese Operation, gefolgt von gründlicher Entfernung alles Krankhaften, dauernd geheilt worden sind. Wohl aber hat Cohen selbst in der vorsichtigen Fassung seiner Schlusssätze auf die beiden Einwände hingewiesen, die sich berechtigterweise gegen die Auffassung einer erfolgten Umbildung erheben liessen: einmal nämlich wäre es möglich, dass es sich um eine gutartige Neubildung gehandelt hat, die überhaupt nie bösartig geworden ist, zum andern, dass von vornherein eine bösartige Neubildung vorgelegen hat.

Für erstere Auffassung spricht die Multiplicität der anfänglichen Neubildungen, wie der Umstand, dass klinische Symptome, die auf Bösartigkeit hingedeutet hätten, selbst in den späteren Stadien nicht vorhanden waren (vgl. oben). Die Diagnose der erfolgten Umbildung gründete sich also allein auf die microscopischen Untersuchungen. Ob diese jemals Fragmente in ihr Bereich zogen, welche die centralen Abschnitte der Geschwulst betrafen, ist nach Cohen's eigener Schilderung sehr zweifelhaft, da ja „die urprüngliche Geschwulst niemals gänzlich entfernt wurde“ (vgl. oben). Es ist also durchaus denkbar, dass die distinguirten Pathologen, welche später ihr Urtheil dahin abgaben, dass die entfernten Fragmente einer bösartigen Geschwulst angehörten, die Geschwulstbasis überhaupt gar nicht zu Gesicht bekommen haben, und ihre Ansicht nur auf Reizerscheinungen in den Präparaten basirt haben, die bei einer Geschwulst, die Monate lang (vgl. oben) durch wiederholte Eingriffe irritirt war, sehr natürlich waren. Ausserdem darf auch nicht übersehen werden, dass diese microscopischen Untersuchungen vor mehr als 20 Jahren vorgenommen wurden, d. h. zu einer Zeit, wo die Ansichten über die wirklichen Characteristica bösartiger Geschwülste von den gegenwärtig gehegten wesentlich verschieden waren, und wo solchen Befunden, wie sie von Birch-Hirschfeld namhaft gemacht werden (vgl. p. 433): dem Vorhandensein von Zellnestern, der Form der Zellen, der rundzelligen Infiltration des Stroma etc., eine weit höhere Bedeutung beigelegt wurde, als heutzutage, wo nur der Nachweis des Durchbruchs der normalen Gewebsgrenzen die Diagnose auf Carcinom mit Sicherheit begründet. — Andererseits kann natürlich ebensowenig die Möglichkeit geleugnet werden, dass es sich in diesem Falle von vornherein entweder um eine Mischgeschwulst oder um papilläre Auswüchse von krebsiger Basis gehandelt hat, und dass die ursprünglichen Untersucher nur gutartige Bestandtheile zur microscopischen Untersuchung bekommen haben, während die Basis der Geschwulst a priori bösartig war. — Es soll selbstverständlich mit diesen Einwürfen durchaus nicht die dritte Möglichkeit in Abrede gestellt werden, die nämlich, dass Cohen's eigene Ansicht die richtige ist, und dass hier in der That ein continuirlicher

Uebergang einer gutartigen Geschwulst in eine bösartige erfolgt ist. Jedenfalls aber wird der Fall als ein zweifelhafter betrachtet werden müssen.]

3. J. Solis Cohen (April 1881). Der Patient war ein 43jähriger Mann. Das Lebensalter, in dem die Geschwulst zuerst auftrat, war nicht mit Sicherheit zu ermitteln. Der Tumor präsentirte sich in der Gestalt unregelmässiger, papillomähnlicher Massen entlang der oberen Fläche des ganzen rechten Stimmbandes. Die Diagnose der Gutartigkeit dieser Massen war wahrscheinlich nur auf die laryngoscopische Inspection gegründet. Die Geschwulst wurde mittelst der Zange operirt, doch war die Operation noch nicht ganz beendet, als der Patient Cohen verliess. Recidive erfolgten, nachdem der Kranke sich nicht mehr unter Cohen's Beobachtung befand. Dieselben waren aller Wahrscheinlichkeit nach gutartig. Die Diagnose der eingetretenen Malignität war wahrscheinlich sowohl auf die laryngoscopische Inspection wie auf mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente gegründet. Der Patient befand sich zu dieser Zeit bereits seit einer Weile in Elsberg's Behandlung, nachdem er inzwischen nach anderen ärztlichen Rath gesucht hatte. Die mikroscopische Untersuchung wurde „von Elsberg oder seinen Freunden (Heitzmann?)“ angestellt. Im November desselben Jahres (1881) consultirte der Patient wiederum Cohen, der nunmehr eine „unzweifelhaft epitheliomatöse“ Erkrankung des übrigens nicht sehr verdickten rechten Stimmbandes fand, von welcher er eine Zeichnung machte. Der Patient kehrte nach seiner Heimath im Westen der Vereinigten Staaten zurück und wollte gegen Ende des Winters möglicherweise wieder nach Philadelphia kommen, doch hörte Cohen nichts mehr von ihm.

[Auch in diesem Falle, wie in dem vorhergehenden, nahm der Verlauf von der vermutheten ursprünglichen Gutartigkeit bis zur sicheren Constatirung der schliesslichen Bösartigkeit nur wenige Monate in Anspruch. Während aber der Herausgeber in dem vorhergehenden Falle die Möglichkeit eines thatsächlichen Uebergangs als gleichberechtigt mit den von ihm erwähnten anderen Möglichkeiten bereitwillig zugestanden hat, muss er in dem gegenwärtig unter Besprechung stehenden seine Meinung dahin präcisiren, dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach von vornherein um eine bösartige Geschwulst gehandelt hat. Cohen's eigene Ansicht bezüglich der ursprünglichen Gutartigkeit gründet sich seiner eigenen Beschreibung nach nur auf das „papillomähnliche“ Aussehen der Geschwulst. Nun ist aber einerseits an den verschiedensten Stellen der Sammelforschung (vgl. z. B. S. 198 u. ff.) gezeigt worden, dass bösartige Neubildungen im Kehlkopfe durchaus unter dem Bilde gutartiger auftreten können, und zweitens möchte sich der Herausgeber erlauben, an dieser Stelle ganz speciell auf seine eigene Erfahrung zu verweisen (vgl. S. 203), der zufolge man sofort an Bösartigkeit denken muss, wenn bei älteren Patienten eines der Stimmbänder „in seiner ganzen Länge in grauweisse oder grauröthliche, papillomähnliche Massen eingebettet ist“, oder wenn sich „ein fransen-

förmiger. anscheinend papillomatöser Saum fast dem ganzen Rande des einen Stimmbandes entlang zieht", während das andere Stimmband frei ist. — Der Cohen'sche Fall erscheint fast wie ein Prototyp dieser Klasse von Fällen, und der Herausgeber steht, wie schon erwähnt, nicht an, seine Ueberzeugung dahin auszusprechen, dass in ihm ein a priori bösartiges Neoplasma ein gutartiges nur vorgetäuscht hat.]

4. J. Solis Cohen-Carl Seiler (Philadelphia). Ueber den folgenden Fall sind zwei separate Beschreibungen eingelaufen, die wir, wie folgt, reproduciren:

a) Cohen. Der Patient war ein 64jähriger Mann, der ihn im December 1878 consultirte. Er war „seit Jahren heiser gewesen". Am hinteren Ende des linken Stimmbandes und des linken Ventrikels befand sich ein kleines „wohlbegrenztes, verästeltes" („discrete, dendritic") Neugebilde, dessen gutartige Natur aus seiner laryngoscopischen Erscheinung diagnosticirt wurde. — Cohen fährt nun wörtlich fort: „Ich hatte gewünscht, die Geschwulst zu entfernen, allein der Hausarzt widersprach und ich sah den Kranken erst sechs Monate später wieder, als ich zu einer Consultation berufen wurde, um bei der Tracheotomie zu assistiren. Der Kranke war unter der Behandlung einer Reihe von Aerzten gewesen, welche versucht hatten, die Geschwulst durch locale adstringirende Behandlung zum Rückgang zu bringen und sie mittelst Caustica zu zerstören. Schliesslich begab er sich im Juni 1879 dauernd in die Behandlung von Dr. Carl Seiler, welcher in den „Transactions of the American Laryngological Association", 1880, p. 93 berichtet, dass „ein papilläres Gewächs auf dem linken Stimmband lagernd und anscheinend vom linken Ventrikel ausgehend gefunden wurde; dass das Taschenband, die arytaenoepiglottische Falte und der Giessbeckenknorpel stark verdickt waren; dass die rechte arytaeno-epiglottische Falte, und der rechte Arytaenoidknorpel geschwollen waren, und dass die Epiglottis roth und geschwollen war und an ihrer Basis eine sehr kleine, weisse Prominenz aufwies." Die Stimmbänder erschienen normal und legten sich beim Phonationsact aneinander. „Ein schmerzhafter Abscess hatte sich über dem Schildknorpel gebildet; der Schmerz wurde am stärksten im linken Ohr verspürt." Fragmente wurden mittelst der Zange entfernt, die Massen wuchsen aber nach, und Tracheotomie, gefolgt von Thyreotomie und Entfernung der Neubildung würde nothwendig. „Die aus dem Kehlkopf und von den den Kehlkopf überlagernden Weichtheilen (? Herausgeber) entfernten Massen wogen insgesammt $2^1/_2$ Unzen."

„Continuirliche Recidive erfolgten unterhalb des Kehlkopfs, so dass die Crico-Tracheotomie vorgenommen wurde, und die Theile mit der Curette und dem Fingernagel ausgeschabt wurden. Wiederum ereignete sich rapides Wiederwachsthum sowohl im Kehlkopf, wie in der Luftröhre. Die Neubildung wuchs schneller als sie instrumentell entfernt oder mit Aetzmitteln zerstört werden konnte. Der Tod erfolgte an Inanition im April 1880."

„Dr. Seiler war nicht im Stande, histologische Nachweise von Bösartigkeit beizubringen und berichtete über den Fall bis zum Schlusse (vgl. Trans. Amer.

Laryng. Assoc., 1880, p. 93), als über einen Fall von „Papillom". Ich selbst habe (l. c.) die Ansicht ausgesprochen, dass der Tumor ein Epitheliom mit papillären Auswüchsen war; meine pathologisch-histologischen Kenntnisse aber stehen denen Seiler's bei weitem nach und obwohl zweifelnden Sinnes beuge ich mich doch vor seiner Ansicht." Eine Obduction fand nicht statt.

b) Seiler. Ueber den eben beschriebenen Fall sagt Seiler: „Nur in einem Falle war die Diagnose „Papillom" zweifelhaft." Der Patient war ein 65jähriger Mann. Die Neubildung trat im 64. Lebensjahre auf. Sie erschien als ein „kleiner, weisslicher, knotiger Tumor am linken Stimmbande nahe dem vorderen Winkel. Verschiedene Aerzte hatten intralaryngeale Applicationen gemacht, ehe ich den Patienten sah. Eine mikroscopische Untersuchung war vor der Vornahme der Thyreotomie nicht angestellt worden." Die Diagnose der Bösartigkeit gründete sich auf die (von Seiler) vorgenommene mikroscopische Untersuchung einiger durch die Thyreotomie entfernter Fragmente. Nach der Entfernung trat rapides Wiederwachsthum ein: der Patient starb 18 Monate später. Eine Obduction fand nicht statt.

Auf einen Brief des Herausgebers, der dessen Zweifeln hinsichtlich der Auffassung des Falles Ausdruck verlieh, erwiderte College Seiler:

Lieber Herr College!

Den Fall, auf den Sie in Ihrem freundlichen Briefe vom 28. März zurückkommen, habe ich in die Columne der zweifelhaften Fälle eingereiht, weil die laryngoskopischen Untersuchungen derjenigen Aerzte, welche ihn vor mir gesehen hatten, ihnen den Eindruck gegeben hatten, dass es sich um ein Papillom handle, und als ich selbst den Patienten zum ersten Male sah, war ich derselben Ansicht. Ich nahm die Thyreotomie nicht sofort vor, sondern tracheotomirte zunächst den Kranken, um seine heftige Dyspnoë zu erleichtern. Das rapide Wachsthum der Geschwulst veranlasste mich einige Wochen später die Kehlkopfexstirpation anzurathen, welche aber abgelehnt wurde. Ich nahm dann die Thyreotomie vor und entfernte zu verschiedenen Zeiten durch die äussere Wunde grosse Geschwulstmassen aus dem Kehlkopf. Theile dieser knotigen Massen untersuchte ich mikroskopisch und fand, dass ihr Charakter der eines Sarkoms war. Ich stimme völlig mit Ihrer Ansicht überein, dass dieser Fall nicht unter jene gehört, von denen man mit Sicherheit sagen könnte, dass ein intralaryngeales Papillom durch Eingriffe in ein Sarkom verwandelt worden ist, und er ist überhaupt nur zweifelhaft, weil das ursprüngliche laryngoskopische Aussehen der Geschwulst das eines Papilloms war. Da kein Versuch gemacht worden war, Fragmente intralaryngeal zu entfernen, konnte vor der Vornahme der Thyreotomie keine mikroskopische Untersuchung angestellt werden. . . . . .

[Wollte man Haarspalterei treiben, so könnte man zunächst sagen, dass der Fall gar nicht in die gegenwärtig in Rede stehende Kategorie gehöre, da ja vor der Ausführung der Laryngofissur keine intralaryngealen „Operationen", sondern nur „Applicationen" vorgenommen worden waren. — Selbstverständlich wäre ein solcher Einwand wenig stichhaltig. Es handelt sich um den „Reiz", der nach der Meinung der Transforma-

tionsgläubigen die Umwandlung zu Stande bringen soll, und dass der Reiz wiederholter „kaustischer" Applicationen ein grösserer ist, als der wiederholter Entfernungen mit scharfen, schneidenden Instrumenten, dürfte wohl kaum bestritten werden können. Dieser Einwand bleibe also völlig bei Seite. — Ebensowenig Gewicht will der Herausgeber auf die Differenzen der beiden Beobachter hinsichtlich des genauen Sitzes der Geschwulst und auf ihre differirenden Auffassungen hinsichtlich des histologischen Charakters derselben legen: Die erstgenannte Differenz mag sich durch die Verschiedenheit der Zeiten erklären, zu welchen sie den Kranken gesehen haben; hinsichtlich der letztgenannten ist ja Cohen's Ansicht nur eine hypothetische, da er, soweit aus seiner Beschreibung erhellt, überhaupt nicht die Gelegenheit gehabt hat, microscopische Präparate von dem Falle zu untersuchen. — Aber was den Fall zu einem im höchsten Grade zweifelhaften stempelt, ist der Umstand, dass sich die Diagnose der ursprünglichen Gutartigkeit auf nichts anderes, als auf das ursprüngliche laryngoscopische Aussehen der Geschwulst begründet. Dass dies Aussehen ein nichts weniger als unfehlbares Kriterium bildet, ist so oft im Laufe dieser Untersuchungen gezeigt worden, dass wir es uns füglich versagen können, wiederum auführlich auf diesen Punkt zurückzukommen. Es giebt bösartige Geschwülste, welche völlig unter dem Bilde gutartiger verlaufen. Der vorliegende that dies anscheinend bis zum Tode des Patienten. Für seine primäre Bösartigkeit spricht ausserdem: 1. das Alter des Patienten (64), 2. der schnelle Verlauf des ganzen Processes. — Der Herausgeber muss bekennen, dass es ihm persönlich fast unzweifelhaft erscheint, dass hier primäre Bösartigkeit, keine Umwandlung vorgelegen hat. Der strikte Beweis für diese Auffassung ist indessen natürlich nicht zu erbringen und aus diesem Grunde musste der Fall in die Rubrik der zweifelhaften aufgenommen werden.]

(Fortsetzung folgt.)

---

# II. Referate.

## a. Allgemeines, äusserer Hals, Therapeutisches.

1) **F. Walter. Jahresbericht der Königl. Poliklinik für Kinderkrankheiten in München.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 13. 1888.*

Von Tussis convulsiva wurden 95 Fälle beobachtet, von Diphtherie 41, von Parotitis epidemica 4. Drei Fälle von Diphtherie mussten tracheotomirt werden,

1 starb davon. Bei 40 Fällen von Keuchhusten wurde die Michael'sche Insufflationsmethode in Anwendung gebracht und hierzu Pulvis resinae benzoes verwendet. 28 dieser Fälle entzogen sich nach den ersten Insufflationen der weiteren Beobachtung, wahrscheinlich weil die meist eintretende Vermehrung der Zahl der Anfälle die Mütter abschreckte. 15 Fälle wurden während 4 Tagen bis 8 Wochen weiter täglich insufflirt. Bei 12 Kindern stellte sich eine Vermehrung der Anfälle ein mit nachfolgendem allmäligen Sinken der Anfälle, bei 3 blieb die Zahl der Anfälle gleich. Bei fast allen war nach 2—5 Insufflationen die Intensität des einzelnen Anfalles gemildert. Wenn die Resultate auch nicht glänzend sind, so ist die Methode doch zu versuchen. SCHECH.

2) **O. Angerer. Bericht über die Königl. chirurgische Poliklinik an der Universität München im Jahre 1887.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 11. 1888.*

Erwähnenswerth aus dem Berichte sind die Operationen, die an Mund, Hals, Nase, Rachen vollzogen wurden. Es befanden sich dabei 1 totale Rhinoplastik, 2 Operationen von Hasenscharten, 1 Uranoplastik, 3 Exstirpationen von Krebs der Nase, 2 der Wange, 1 der Oberlippe, 1 der Zunge, 2 von Parotistumoren, 2 von Ranula. Exstirpation von Cystenkröpfen 4, von Parenchymkröpfen 1, Tracheotomie 2, Tonsillotomien 23. SCHECH.

3) **Waller. Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasen- und Rachenkrankheiten.** Bonn. 1888.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

4) **Leitartikel. Balneotherapeutisches bei Halskrankheiten. (Balneo-therapeutics in throat disease.)** *Journal of Laryngology. Nov. 1887.*

In dem Artikel wird der Werth der verschiedenen Mineralwasser bei der Behandlung der Halskrankheiten besprochen. A. E. GARROD.

5) **Gaupp. Anatomische Untersuchungen über die Nervenversorgung der Mund- und Nasennebenhöhlendrüsen der Wirbelthiere.** *Morph. Jahrb. XIV. 3.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

6) **A. Birmingham. Mittheilung einiger Nerven- und Arterienanomalieen. (Notes of some nervous and arterial anomalies.)** *Dublin Journal of Med. Science. Juli 1888.*

Für die Leser des Centralblatts sind folgende Anomalien von Interesse:

1) Der N. accessorius spinalis endet in dem Sternomastoideus, ohne einen Zweig für den Trapezius abzugeben, welcher vom 3. und 4. Halsnerven versorgt wird.

2) Es fehlt der Buccalzweig vom Nerv. maxillaris inferior; seine Stelle nimmt ein Nerv ein, welcher vom Orbitalzweig des Nerv. maxillaris superior des Quintus abgeht. Mc. BRIDE.

7) **W. Matlakowski** (Warschau). **Aneurysma traumaticum arteriae carotidis communis dextrae, nebst Bemerkungen über die Antyllus'sche Operationsmethode.** *Gazeta lekarska. No. 6–9. 1888.*

Höchst interessanter Bericht über einen Fall von Aneurysma der Art. carot. communis bei einer 41 jähr. Frau. Das Leiden entstand zuerst als Cystis colloidea colli, die punktirt, dann incidirt wurde. Nach Entleerung einer klaren gelblichen Flüssigkeit spritzte der behandelnde Arzt in die Höhle eine Lösung von Zincum mur. Bald stellten sich heftige Schmerzen ein, sowohl im Halse wie im Nacken. Die Kranke fing an zu fiebern, die Geschwulst vergrösserte sich bedeutend und ein herbeigerufener Arzt, einen Entzündungsherd vermuthend, machte in dieselbe eine Incision mit dem Bistouri. Als aber statt Eiter ein colossaler Blutstrom hervorspritzte, wurde die Wunde comprimirt, zugenäht, ein Druckverband aus Collodium und Gaze angelegt und die Kranke in die Abtheilung des Verf. nach Warschau gesandt, wo nun die richtige Diagnose gestellt wurde.

M. entschloss sich, angesichts der rasch wachsenden Geschwulst und der excessiven Schmerzen, zu einer ebenso kühnen wie energischen Operation. Der ganze aneurysmatische Sack wurde mit dem Messer gespalten, die Blutgerinnsel entfernt, die pulsirende Carotis communis, die in der Tiefe der Höhle lag, gefunden, mit dem Finger die oberhalb der Bifurcation liegende blutende Stelle comprimirt und dann unterbunden. Die Hämorrhagie war verursacht durch Abreissung der Art. carotis externa von der carotis comm. Es mussten aber ausser derselben auch die Art. carotis externa und interna unterbunden werden, um die Blutung zu beherrschen, was auch glücklich gelang. Am nächsten Tage stellte sich linksseitige Paralyse der oberen und unteren Extremität ein, ferner Paralysis facialis sin., verbunden mit Anästhesie der gelähmten Theile und gesteigerten Sehnenreflexen. Blase und Rectum waren gelähmt, das Sensorium war nicht getrübt.

Am 7. Tage nach Entfernung des Verbandes fand man die Wunde per primam geschlossen, frei von jeder Eiterung, fünf Wochen später vollständig geheilt. Die Lähmungserscheinungen besserten sich allmälig, so dass in der 6. Woche Patientin mit Hülfe eines Stockes gehen und in der Gesellschaft der Aerzte vorgestellt werden konnte. Eine Casuistik ähnlicher Operationsmethoden schliesst die anregende Arbeit. HERYNG.

8) **Frank Ferguson. Angina Ludovici. (Angina Ludovici.)** *New-York Medical Record. 10. November 1888.*

Fünf Tage vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus hatte Patient eine Schwellung auf dem Mundboden und ein allmäliges Steifwerden der Kiefer bemerkt. Bei seiner Aufnahme war er ausser Stande, den Unterkiefer zu bewegen und litt an grossen Schmerzen. Er konnte keinen Grund für seine Schwellung angeben, meinte jedoch, dass sie gegenüber dem Unterkieferwinkel begonnen habe. Die Schwellung und Induration auf dem Mundboden erstreckte sich von der Aussenseite des Unterkieferrandes bis zur Höhe des Alveolarrandes. Der Hals war vorn gleichfalls geschwollen und hart abwärts bis zum Ringknorpel.

Unter dem Mundboden linkerseits war deutliche Fluctuation. Durch eine Aspirationsnadel wurde aus dieser Gegend dunkler, übelriechender Eiter gewonnen. Die Schleimhaut war vom Alveolarrand des Unterkiefers abgehoben und zwar längs des Schneide- und Eckzahns nach hinten und rückwärts bis zum ersten Backzahn linkerseits. Am Tage der Aufnahme des Patienten wurde eine $2^1/_2$ Zoll lange Incision vom Zungenbein schräg nach unten und hinten bis zum Unterkiefer gemacht. Dieser durch die Haut und das oberflächliche Unterhautgewebe geführte Schnitt eröffnete eine Höhle, die mit einigen Unzen übelriechenden Eiters erfüllt war. Die Höhle wurde täglich mit einer Sublimatlösung (1: 5000) ausgespült, drainirt und mit einem Sublimatverband bedeckt. In der Nacht nach seiner Aufnahme bekam Patient Frost und klagte über Athembeschwerden und Flatulenz; er war die ganze Nacht hindurch unruhig. Während des zweiten, dritten und vierten Tages hatte er profusen Schweiss, sein Puls war sehr schnell und schwach und die Temperatur stieg von 38.5 auf 40°.

Am 4. Tage dauerte die Unruhe fort und Patient versuchte oft, aus dem Bett zu kommen. Trotzdem er beständig und sorgfältig mit Stimulantien behandelt wurde, verfiel er allmälig und starb. Kurz vor seinem Tode hatte er eine Temp. von ca. 39,5°.

Bei der Autopsie fand man $^1/_2$ Liter purulenter Flüssigkeit im Pericardium. Beide Blätter des Pericardiums waren mit frischen Niederschlägen bedeckt. Unter der Zungenwurzel befanden sich zahlreiche gangränöse Höhlen, welche mit der Wunde längs des unteren Kieferrandes communicirten; von hier aus verbreitete sich der Eiter abwärts durch das Mediastinum bis ins Pericardium. Der Eiter infiltrirte ferner die Bahnen des fibrösen Gewebes längs der Trachea, des Oesophagus und der grossen Halsgefässe. Die anderen Organe waren normal. Die Flüssigkeit im Pericardium, ebenso Schnitte des necrotischen Gewebes unter der Zunge und die die Cardialfläche bedeckende Lymphe waren mit Microorganismen besät und grosse Micrococcenkolonien waren überall zu sehen; es waren dieselben, wie sie gewöhnlich beim Erysipel gefunden werden. LEFFERTS.

9) **R. Winslow. Selbstmordwunde des Halses. (Cut-throat.)** *Maryland Med. Journal. 21. Juli 1888.*

Bericht über zwei Fälle; beide geheilt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

10) **W. Thorner. Bericht über Salol bei Hals-, Ohr- und Augenleiden. (Report on salol in affections of the throat, ear and eye.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 10. December 1887.*

Gute Resultate bei acuter Pharyngitis und Tonsillitis. Local war es nicht von Nutzen. Th. giebt 0,3 2—3 stündlich, oder 0.5—1,0 zwei- oder dreimal täglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) **Joseph A. White. Verbesserte Werkzeuge zur Diagnose und chirurgischen Behandlung der Nasen- und Halskrankheiten. (Improved means of diagnosis and surgical treatment of nasal and throat troubles.)** *Trans. Med. Soc. Virginia. New-York Medical Journal. 15. December 1888.*

W. beschreibt eine Anzahl neuer Erfindungen, die er gemacht, sowohl ori-

ginale Instrumente, als auch Verbesserungen an alten; über die meisten derselben — wenn nicht über alle — ist im „Centralblatt“ bereits berichtet.

LEFFERTS.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Chambrelent** (Bordeaux). **Rhinocephalische Missgeburt. (Monstre rhinocephalien.)** Société anat. et phys. de Bordeaux. *Journal de méd. de Bordeaux. 15. Juli 1888.*

Die Augen existiren nicht. An Stelle der Nase findet sich eine Art von Horn, aus dem man beim Druck eine Flüssigkeit entleerte, die der Cerebrospinalflüssigkeit ähnlich war.

Die Entbindung war ohne Unfall verlaufen. E. J. MOURE.

13) **Greville Mac Donald** (London). **Der Mechanismus der Nase betreffs der Respiration, des Geschmacks und Geruchs. (On the mechanism of the nose as regards respiration, taste and smell.)** *Brit. Med. Journal. 15. Dec. 1888.*

Die Arbeit enthält vieles Interessante, das auch von einiger klinischen Wichtigkeit sich erweisen dürfte. Mac Donald liess einen Patienten, bei dem er die Tracheotomie gemacht hatte, mit Erfolg durch die Nase athmen, indem er die Canüle durch einen Schlauch mit dem einen Nasenloch verband, wodurch die Luft mittelst des entgegengesetzten eingesogen wurde. Auf diesen Grundsätzen fussend, machte er eine Anzahl von Experimenten, um die Function der Nase rücksichtlich der Temperatur und Feuchtigkeit, die sie an die durchstreifende Luft abgiebt, zu bestimmen. Hierbei kommt er zu folgenden Schlüssen:

1) Die Luft wird fast zur Höhe der Körpertemperatur erhoben; die Luft z. B., welche bei 1,7 ° C. in die Nase eintritt, verlässt dieselbe mit 35 ° C.
2) Bepinselung mit Cocain setzt die erworbene Temperatur um 1—2 ° herab.
3) Robuste Personen erheben die Temperatur um 1—2 ° höher, als anämische.
4) Die Menge des von der Luft absorbirten Wasserdampfes wechselt sehr mit dem barometrischen Druck in der Nase.
5) Jede Stenose steigert die Saturation der Luft.
6) Die Quantität des wirklich von der Nase abgegebenen Wassers ist sehr gross.

Betreffs des Geschmacks und Geruchs meint er, dass die beiden Abtheilungen des Olfactorius zwei gesonderte Functionen haben dürften: die eine, welche die mittlere Muschel und das Septum versorgt, könnten wir als den einfachen Geruchssinn bezeichnen, während die andere, welche die obere Muschel versorgt, der Geschmackssinn wäre. R. MACKENZIE JOHNSTON.

14) **Wm. A. Dayton. Ueberzeugungen betreffend die Nase. (Convictions regarding the nostrils in respiration.)** *New-York Med. Journal. 15. Dec. 1888.*

Der Artikel plaidirt für eine allgemeine Würdigung der Nase als des Anfangs der Athemwege.

LEFFERTS.

15) **Wm. Robertson** (Newcastle). **Ein Plaidoyer für den Nutzen der Rhinoscopie. (A plea for the use of the rhinescope.)** *Lancet. 13. August 1888.*

R. berichtet zwei Fälle, von denen der eine einen Mann betraf, der über Taubheit klagte und dessen Pharynx und vordere Nase gesund waren, während das Rhinoscop zeigte, dass die Choanen mit dicken Krusten besetzt waren, unter welchen eine ausgedehnte, den Vomer blosslegende Ulceration bestand. Patient besserte sich sehr schnell, ebenso sein Gehör unter einer antisyphilitischen Behandlung. In dem zweiten Fall wurden Polypen durch die hintere Rhinoscopie entdeckt. A. E. GARROD.

16) **Coën. Ein seltener Fall von Näseln.** *Archiv für Kinderheilk. IX. 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

17) **R. H. Philippe** (Bordeaux). **Ernährung mit Milch durch die Nase. Künstliche Ernährung und Erwärmung. (Allaitement par le nez. Gavage et couveuse artificielle.)** *Journ. de med. de Bordeaux. 14. Oct. 1888.*

Der Autor empfiehlt dies Vorgehen für vorzeitig geborene Kinder; er hat gute Resultate damit erzielt. E. J. MOURE.

18) **Herzog. Eczem am Naseneingange.** *Arch. f. Kinderheilk. Stuttgart. IX. 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

19) **Echevarria** (Puebla de Montalbán.) **Weiteres über Nasenbluten. (Más sobre las epistaxis.)** *El Dictamen. 29. Febr. 1888.*

Auf Grund dreier Fälle von Nasenbluten, die er durch Auflegen von Blasenpflaster auf verschiedene Stellen geheilt hat, schliesst Verf., dass derart erzielte Ableitung auf Hautstellen, die der Nasenschleimhaut an Oberfläche wenigstens gleich sind, das Nasenbluten noch besser stillt, als die Verstopfung der Höhlen mittelst der Bellocq'schen Röhre. Die beste Ableitung sei die auf die Baucheingeweide, da diese die physiologischen Acte des Organismus am meisten beeinflussen. GONGORA.

20) **Sannes. Mentholapplication auf die Nasenschleimhaut. (Het mentholiseeren van het neusslymolies.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 25. 1888.*

Blosse Erwähnung. BAYER.

21) **A. C. Turner. Heufieber. (Hay fever.)** *Edinburgh Med. Journal. Dec. 1888.*

Dissertation, verlesen vor der Royal Medical Society. P. M'BRIDE.

22) **Polotebnow** (Petersburg). **Ueber Erysipel.** *Monatsschrift für prakt. Dermat. 5. 1888.*

In 40 Fällen von Erysipel nahm der Process seinen Anfang in der Nase; in allen diesen Fällen war die Schleimhaut der Nasenhöhle entzündet, oft mit sehr tiefen Excoriationen, welche Borken trugen, bedeckt. SEIFERT.

23) **H. Bendelack Hewetson** (Leeds). **Septische Infection durch Nasen- und Ohrsecrete. (Septic infection by nasal and aural discharge.)** *Brit. Medical Journal. 27. Oct. 1888.*

H. berichtet zwei Fälle, in denen zwei, an übelriechenden Ausflüssen aus

Ohr und Nase leidende Aerzte speciell unglücklich darin waren, dass ihre Wöchnerinnen septische Complicationen bekamen. A. E. GARROD.

24) **E. C. Carhartt. Chronischer Nasencatarrh. (Chronic nasal catarrh.)** *Kansas City Medical Index. Juli 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **E. J. Moure. Atrophische Coryza; essentielle Ozaena. (Du coryza atrophique; ozène essentiel.)** *Gaz. des hôp. 3. u. 10. Juli 1888.*

Wiedergabe der Mittheilung des Referenten in der Soc. française de Laryngol.. Sitzung vom April 1888. E. J. MOURE.

26) **B. A. Pope. Einige durch einen sehr typischen Fall erläuterte Nasenreflexe. (Some nasal reflexes illustrated by a very typical case.)** *The Southern Clinic. Oct. 1888.*

Die Symptome waren linksseitige Supraorbitalneuralgie mit grosser Nervendepression, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit etc. Die Untersuchung ergab eine starke Hypertrophie der unteren Nasenmuschel im linken Nasenloch und einen vom Septum in dieselbe hineinragenden Dorn.

Das hypertrophische Gewebe wurde mit Chromsäure zerstört und die Symptome schwanden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **A. H. Buck. Reflectorischer Nasenrachencatarrh. (Reflex influences in the production of naso-pharyngeal catarrh.)** *New-York Med. Record. 18. Aug. 1888.*

Die hinsichtlich der relativen Häufigkeit dieser Einflüsse angeführten Data sind nicht zuverlässig genug, um sie zu classificiren; auch ist das ursächliche Verhältniss in vielen Fällen nicht klar und gutbegrenzt. Gelegentlich aber zeigt sich ein Fall, bei dem dieser Beweis thatsächlich geführt ist. Es werden zwei solcher Fälle erzählt, von denen bei dem einen sich Nasenrachenkatarrh und Ohrenklingen einstellte, wenn der Patient gewisse Nahrungsmittel zu sich nahm. Bei dem anderen traten diese Symptome nach Retroversio uteri auf.

Es ist hier kein fundamentaler Grund vorhanden, weshalb diese Reflexeinflüsse nicht als direkte Ursachen des Nasenrachenkatarrhs angesehen werden sollten; aber es ist fast unmöglich, die Correctheit dieser Ansicht zu beweisen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **Schmidt-Rimpler. Doppelseitige Amaurose nach Nasenblutungen in Folge von Operationen.** *Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1887.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

29) **Ziem (Danzig). Iritis in Folge von Eiterung der Nase und der Nebenhöhlen der Nase.** *Centralblatt für Augenheilkunde. 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

30) **D. Mollière. Bemerkung über die aesthetische Chirurgie der Nase. (Note sur la chirurgie esthétique du nez.)** *Lyon médical. 19. August 1888.*

Um bei der Ausführung der Rhinoplastik starke Entstellungen zu vermeiden, soll man die Schnitte parallel den Linien der pyramidalen Zergliederung des Nasenprismas führen (? Red.). Man wird zuweilen gezwungen sein, ent-

sprechend den triangulären Linien ein Stück der knorpeligen Scheidewand auszuschneiden.

Die Mehrzahl der angeblichen Fracturen der Nase sind nur Luxationen des Knorpels auf dem Vomer. Man muss sich auch an die Scheidewand halten, um die Form des Organs zu verändern. In allen Fällen ist der beste Modus des Zusammenhaltens ein Pflasterverband. E. J. MOURE.

31) **J. Duncan** (Edinburgh). **Exstirpation der Nasenpolypen. (The removal of nasal polypi.)** *Edinburgh Medical Journal. October 1888.*

Neben einigen Bemerkungen über Mc Bride's Arbeit erklärt Duncan, dass er die Zange der Schlinge vorzieht. P. McBRIDE.

32) **Ollier. Die Entfernung maligner Tumoren der Nasenhöhlen. (Sur l'ablation des tumeurs malignes des fosses nasales.)** *Lyon médical. 9. October 1888.*

Die natürlichen Wege waren zur Ausführung einer radicalen Operation stets unzureichend, man wird die besten Resultate durch die verticale und bilaterale Osteotomie erzielen. Man könnte im Nothfalle die aufsteigenden Apophysen excidiren. E. J. MOURE.

33) **Dörmer. Dermoidcysten der Highmorshöhle.** Dissertation. Strassburg. 1888.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

34) **Borchard** (Jena). **Das Carcinom der Highmorshöhle.** Jena. 1888.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

## c. Mundrachenhöhle.

35) **R. Levy. Mundathmung. (Oral breathing.)** *Denver Med. Times. VII. 12. 1888.*

Die Mundathmung ist gewöhnlich von einer Verstopfung der Nase abhängig, oft jedoch eine reine Angewohnheit [? Red.], obwohl in diesen Fällen gewöhnlich Symptome von chronischer Laryngitis oder Pharyngitis sich vorfinden. Die Ursache bedingt die Behandlung. Ist erstere beseitigt, so soll man die Angewohnheit beseitigen, indem man den Patienten zwingt, mit einer Mundbandage zu schlafen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **Escherich** (München). **Ueber die Saugbewegungen beim Neugeborenen.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie. München. 19. Juni 1888.

Der Saugact der Neugeborenen wird abweichend von dem der Erwachsenen durch die den Unterkiefer bewegenden Muskeln bewirkt, es erscheint die Unterweisung dieser wichtigsten Function an eine so mächtige und zahlreiche Muskelgruppe als ein Act der Fürsorge für die Erhaltung des kindlichen Lebens und die von dem Säugling geübte als die einzig mögliche und jedenfalls als die für seine Verhältnisse zweckmässigste Art der Saugbewegung, die den Ausfall der Kaubewegung ersetzt und gleichzeitig dieselbe vorbereitet. SEIFERT.

37) **Novi** (Leipzig). **Ueber die Scheidekraft der Unterkieferdrüse.** *Archiv für Anat. u. Physiologie. 5. Juni 1888.*

An nüchtern Hunden wurde entweder mit Hülfe von Pilocarpin oder durch Reizung sensibler Mundnerven Speichel der Unterkieferdrüse gewonnen und dieser auf seinen Cl-Gehalt im Vergleich zum Cl-Gehalt des Blutserums untersucht. Es bewegte sich der Cl-Gehalt des Speichels zwischen 0,04 und 0,38 pCt., niemals das Cl-Procent des Serums. SEIFERT.

38) **Krahé. Experimentelle und histologische Untersuchungen über die compensatorische Hypertrophie der Speicheldrüsen.** Bonn. 1888.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

39) **A. C. Hugenschmidt. Der subcutane Gebrauch von Cocain. mur. in der Mundchirurgie. (The hypodermic use of muriate of cocaine in oral surgery.)** *Med. and Surg. Reporter. 22. September 1888.*

Das Operationsfeld soll mit einer Sublimatlösung (1:1000) gewaschen werden. Die zweckmässigste Cocaindosis ist 0,03. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **Miller. Pathogene Bakterien der Mundhöhle. (Bactéries pathogènes de la bouche.)** *Journal des Connaissances Médicales. No. 44, 45, 46. 1888.*

Verf. beschreibt eine Menge verschiedener Microorganismen der Mundhöhle, die keine Bedeutung haben, solange die Schleimhaut intact ist; ist aber das Gegentheil der Fall, so können sie zu ernsten Störungen führen. Impfungen mit Speichel, der diese Bakterien enthielt, an Kaninchen vorgenommen, führten bei diesen Thieren zu Septicämie mit tödtlichem Ausgange. E. J. MOURE.

41) **E. Brandt** (Petersburg). **Die Maden der Sarcophila Wohlfahrtii Portsch im Zahnfleisch beim Menschen. (Litschinki Sarc. Wohlf. w desne tscheloweka.)** *Wratsch. No. 5 u. 6. 1888.*

Verf. erhielt einen Wurm, den sich ein Bauer aus seinem kranken Zahnfleisch entfernt hatte, und erkannte denselben als eine Made der Fliege Wohlfahrt's. Dieselbe ist über ganz Russland verbreitet, hält sich besonders in der Nähe der Viehheerden auf und wird deshalb in den südlichen Gouvernements häufiger angetroffen. Diese Fliege kommt nie in die Wohnungen der Menschen oder in die Viehställe. Sie treibt ihr Wesen besonders am Tage zwischen 10 und 4 Uhr. Sie ist Thieren und Menschen gleich gefährlich, indem sie ihre Maden (diese Fliege legt nicht Eier, sondern bringt gleich Maden zur Welt) auf Wunden oder die Nasenschleimhaut deponirt, welche ihrerseits zu den bekannten Erkrankungen führen.

Schützen kann man sich gegen diese Fliege, indem man nicht im Freien schläft und sich etwaige Wunden ordentlich verbindet.

Eine genaue Beschreibung der verschiedenen Entwicklungsstufen dieser Fliege ist der Arbeit beigefügt. LUNIN.

42) **A. W. Baker** (Dublin). **Pyämie, von den Zähnen ausgehend. (Pyaemia of dental origin.)** *Dublin Journal of Med. Science. Juli 1888.*

Beschreibung eines Falles, bei dem eine leichte chronische Pyämie, wahrscheinlich von einem Alveolarabscess, als Folge einer Zahnerkrankung ausging. Hinweis auf die Literatur über diesen Gegenstand. Mc BRIDE.

43) **Hacker** (Wien). **Perforirender Wangendefect. Schliessung desselben durch Plastik.** Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte am 27. Januar 1888. *Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte. 9. Februar 1888. — Wiener med. Presse. No. 5. 1888.*

Es handelte sich um einen durch Verletzung der Wange mit nachfolgender Necrose des linken Kieferastes entstandenen Defect der Haut und Schleimhaut der Wange und des linken Arc. palato-glossus und pharyngeus sammt der linken Hälfte des Velums. Zur Deckung des Defectes wurden zwei Lappen verwendet, einer aus der Wangenhalshaut und einer aus der Schläfengegend. Beide Lappen wurden mit der Epidermisfläche nach einwärts geschlagen und ersetzten die Schleimhaut der Wange, die Gaumenbögen und das Velum. Die äussere Wundfläche wurde durch Esmarch'sche Transplantation zur Ueberhäutung gebracht. Die Heilung erfolgte ohne Störung; der Unterkiefer ist beweglich und die Wangenrachenschleimhaut gut ersetzt. Nur im Velum findet sich ein kleiner Defect; ausserdem ist die neue Schleimhaut etwas behaart.

Eine ähnliche Methode wandte schon früher Gersuny an. CHIARI.

44) **W. R. H. Stewart** (London). **Ein eigenthümlicher Fall von Syphilis des Mundes. (A peculiar case of syphilis of the mouth.)** *Lancet. 30. Juni 1888.*

Patient, ein Schlächter von 56 Jahren, bemerkte seit einem Jahre kleine Papeln an der Innenseite der linken Wange, welche sich allmälig ausbreiteten, bis das ganze Dach des Mundes und Theile der Innenseite der Wangen mit dicht gedrängten Papillen bedeckt waren, von der Grösse der gewöhnlichen Papillae circumvallatae. Kleinere Papillen waren auf dem Zungenrücken hier und da verstreut. Patient hatte vor 30 Jahren einen Schanker gehabt; auf der Haut waren weder Flecke noch Geschwüre; kein Haarschwund. Die Krankheit widerstand jeder antisyphilitischen Behandlung.

Vier Jahre später kam Patient wieder zur Beobachtung: Die Krankheit hatte sich weiter ausgebreitet, bewahrte jedoch ihren Charakter. Jodkali und Mercur waren wirkungslos; ebenso Leberthran und Eisen, sowie locale Pinselungen mit Milchsäure. S. kehrte wieder zum Jodkali und Quecksilber, sowie Leberthran zurück; daneben Mundwaschungen mit einer Sublimatlösung. Diese Behandlung, welche zuvor erfolglos war, brachte jetzt eine sehr schnelle und ununterbrochene Besserung, und in zwei Monaten war die Krankheit völlig beseitigt. Nase, Larynx und Pharynx waren niemals erkrankt gewesen. — Die Arbeit enthält einen guten Holzschnitt des Mundes. A. E. GARROD.

45) **A. Chaintre. Tumoren der Submaxillardrüse. (Tumeurs de la glande sous-maxillaire.)** *Gaz. des hôp. 14. August 1888.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Adenom der Glandula submaxillaris; beide wurden ohne Recidiv operirt. Er führt die differentialdiagnostischen Momente der gutartigen Geschwülste dieses Organs auf. E. J. MOURE.

46) **Alfred Smith** und **Alex. Scott** (London). **Ein Fall von Speichelstein. (A case of salivary calculus.)** *Journal of British Dental Assoc. 15. März 1888.*

Nichts Neues. A. E. GARROD.

47) **Garcia Andradas. Die Ranula. (La ránula.)** *El Dictamen. 20. Febr. 1888.*

Verf. meint, der Name „Froschgeschwulst" dürfte nicht weiter gebraucht werden, da die verschiedenen darunter verstandenen Krankheiten jede ihren besonderen, ihrer Natur entsprechenden Ausdruck besitzt (sublinguale Schleimcyste, suprahyoidale Schleimcyste, Verstopfung des Ductus Whartonianus, Fleischmann-sche Schleimbeutelcyste, Lipom, Angiom etc.). Die beste Behandlung ist die operative, und zwar die vollständige Ausschneidung der das Innere auskleidenden Epithelschicht, um weitere Flüssigkeitsabsonderung zu verhüten, was ja auch die gebräuchlichen Methoden mittelst Einlegung von Fremdkörpern, reizenden Einspritzungen etc. bezwecken. Die suprahyoidealen Geschwülste sollen vom Halse aus entfernt werden, unter Anwendung der entsprechenden Vorsichtsmassregeln, um septische Processe zu verhüten, die sich häufig einstellen, wenn man im Munde operirt, wo der Luft- und Flüssigkeitszutritt mindestens langwierige Eiterung veranlasst. Bei den übrigen Formen wird das Operationsverfahren je nach der Natur der Erkrankung verschieden sein müssen. GONGORA.

48) **Schliferowitsch** (Odessa). **Ueber Tuberculose der Mundhöhle.** Inaug.-Dissert. Würzburg. 1888.

Fleissige Arbeit über Tuberculose der Mundhöhle. Es werden 12 Fälle aus den Heidelberger Kliniken mitgetheilt, in 2 derselben handelte es sich um primäre Erkrankung, die 10 übrigen führten alle erst nach vorher schon ziemlich weit ausgedehnten anderweitigen Erkrankungen auch Mundaffectionen nach sich. SEIFERT.

49) **Knoche. Lipome der Mundhöhle.** Bonn. 1888.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

50) **D. Fearn. Epitheliom der Unterlippe und Excision desselben. (Epithelioma of lower lip and removal by excision.)** *California Med. Journal. Nov. 1888.*

Die Excision ist, wo sie möglich, in allen Fällen der Anwendung der Caustica vorzuziehen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **Richet.** Klinische Vorlesung.) **Glanduläres Epitheliom der Unterlippe. (Epithélioma glandulaire de la lèvre inférieure.)** *Gazette des hôpitaux. 20. Sept. 1888.*

Der Tumor besteht seit 2 Jahren, es liegt keine Drüsenschwellung vor. Entfernung desselben nach der gewöhnlichen Methode: Schnittführung im V-Schnitt und Vernähung. E. J. MOURE.

52) **Schwartz. Behandlung der Epulis. (Traitement de l'épulis.)** *Soc. méd. du VI. arrondisst. Paris, 27. Februar 1888.*

Sch. meint, dass die Operation frühzeitig und radical vorgenommen werden müsse, da es sich um sarcomatöse Producte handle. Um eine Deformation zu vermeiden, setzt er die Zähne wieder ein. Asepsis ist die Bedingung für den Erfolg. — Es folgt eine kurze Discussion. E. J. MOURE.

53) **Ebertsheim** (Bingen). **Ueber Zungenabscesse.** Inaug.-Diss. Würzburg. 1888.

In 2 auf der Riedinger'schen Privatklinik beobachteten Fällen handelte

es sich um chronische Abscesse der Zunge, die nach der Incision und dem Evidement in kürzester Zeit zur Heilung kamen. SEIFERT.

54) **P. J. Thomson. Ein Fall von Verbrennung der Zunge und des Mundbodens durch das Bersten einer gerösteten Kastanie. (Case of scald of the tongue and floor of the mouth by the bursting of a roast chestnut.)** *Lancet. 25. Februar 1888.*

Der Titel erklärt den Inhalt. Patientin war ein Mädchen von 17 Jahren, welches die Schale einer gerösteten Kastanie aufknacken wollte, als diese zersprang. A. E. GARROD.

55) **N. Gundobin. Zur Aetiologie der schwarzen Zunge bei Kindern. (K aetiologiu tschernawo jasika u detei.)** *Med. obosr. No. 19. 1888.*

Verf. hat 3 Fälle beobachtet: 1. Ein 11 Jahre alter Knabe, derselbe wurde ein Jahr beobachtet, keine Besserung. 2. Ein 12 Jahr alter Knabe, Heilung nach 12 Tagen. Im Verlaufe 2 Monate noch kein Recidiv. 3. Ein $1^1/_2$ Monate altes Brustkind, nach einem Monat war die Zunge rein.

In allen 3 Fällen lagen Verdauungsstörungen vor und die Reaction im Munde war sauer. Im einem Falle wurden Prüfungen der Empfindlichkeit vorgenommen; die Empfindungen für Geschmack, Hitze und für den Tasterzirkel waren auf den schwarzen Stellen herabgesetzt. In den beiden geheilten Fällen hatte Verf. mit Scheere und Pincette die hervorstehenden Zäpfchen entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Fäden aus verhornten Epithelzellen bestehend, gemischt mit Leptothrix buccalis. In dem Schleime, entnommen von den schwarzen Stellen, fanden sich noch die Spirochaet. buccal., Oid. alb., Bacillus subt., Staphylococcus alb. etc., die alle in Reinculturen erhalten wurden. Impfungen an Hunden und an sich selbst führten zu negativem Resultat. Verf. sieht die Ursache dieses Leidens in den Verdauungsstörungen und der sauren Reaction der Mundhöhle. Den Antheil der Microorganismen will Verf. nicht läugnen, hält denselben aber noch nicht für erwiesen. LUNIN.

56) **Heurtaux. Papillom der Zunge. (Papillome de la langue.)** *Gaz. med. de Nantes. 9. October 1888.* E. J. MOURE.

57) **v. Bergmann** (Berlin). **Fibrolipom der Zunge.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 4. Juni 1888.

v. B. stellt einen Fall von Fibrolipom der Zunge vor, das vom Septum ausgegangen war. SEIFERT.

58) **Reclus (Paris). Leukoplasie und Cancroid der Mund- und Vaginalschleimhaut. (Leucoplasie et cancroide des muqueuses buccale et vaginale.)** *Gaz. des hôp. 28. Juni 1888.*

In einer klinischen Vorlesung über diesen Gegenstand meint R., dass die Beziehung zwischen der Leukoplasie und dem Cancroid nicht bestimmt festgestellt ist. Denn es sind beim Beginn zwei von einander ganz unabhängige Affectionen. E. J. MOURE.

59) **Charters Symonds** (London). **Epitheliom des Mundes. Exstirpation der Tonsille, von Theilen des weichen Gaumens, des Pharynx und der Zunge. Prophylactische Tracheotomie. Recidiv. Resection des halben Unterkiefers. (Epithelioma of the mouth. Removal of the tonsil, parts of the soft palate, pharynx and tongue. Preliminary laryngotomy, subsequent recurrence with resection of half the lower jaw.)** *Brit. Med. Journal. 16. Juni 1888.*

Der Patient war ein Mann von 45 Jahren. Der Titel erklärt den Inhalt der Arbeit, welche zeigt, wie nützlich die prophylaktische Tracheotomie bei solchen Operationen ist, und dass man die Tonsille und die benachbarten Theile durch Spaltung der Wange allein entfernen kann.

Die erste Operation wurde auf das ernstliche Verlangen des Patienten gemacht, welcher noch ein Jahr lang nach derselben lebte. A. E. GARROD.

60) **Fr. Meyer** (Stettin). **Beiträge zur Statistik der Zungencarcinome und deren operative Behandlung.** Inaugural-Dissertation. Kiel. 1888.

Bericht über 26 Fälle von Zungencarcinom aus dem Augustahospital in Berlin (vom Jahre 1877 bis 1888). Auf 25 Männer trifft nur 1 Weib. Unter diesen Fällen sind die verschiedensten Stände vertreten. Trotz der manchmal schon recht erheblichen Ausbreitung des Carcinoms war das Aussehen der meisten Pat. blühend und gesund, nur in 3 Fällen handelte es sich um cachectischen Zustand. Ausführlich werden dann besprochen die subjectiven Beschwerden, Sitz und Ausdehnung der Neubildung, Operationsverfahren, Resultate der Behandlung und Recidive. SEIFERT.

61) **H. Rutherford. Mikroscopische Untersuchung eines Falles von Zungenkrebs. (Microscopic sections from a case of carcinoma of the tongue.)** *Glasgow Med. Journal, December 1888.*

Die Präparate wurden in der Gesellschaft für Pathologie und Chemie gezeigt und glichen in mancher Hinsicht mehr einem harten Krebs, als einem Epitheliom. M'BRIDE.

62) **W. K. Lyall. Epitheliom der Zunge. (Epithelioma of the tongue.)** *Edinburgh Med. Journal. December 1888.*

Beschreibung eines Falles, der in der Royal Medical Society vorgestellt wurde. M'BRIDE.

63) **Poncet** (Lyon). **Chirurgische Behandlung des Zungenkrebses. (Traitement chirurgical du cancer de la langue.)** *La province méd. 2. u. 16. Juni 1888.*

In einer klinischen Vorlesung über diesen Gegenstand bespricht P. die verschiedenen Methoden, welche zur Exstirpation dieser Art von Neubildungen angewendet werden. E. J. MOURE.

64) **Hülsmeyer** (Erxleben). **Ueber den Krebs der Zunge und des Bodens der Mundhöhle.** Inaug.-Dissertation. Würzburg. 1888.

Mikroskopische Untersuchung eines Tumors, der sich an der Zunge und in der Unterzungengegend gegen den Boden der Mundhöhle zu etablirt hat. Der Tumor erwies sich als ein Carcinom, das von dem Deckepithel und den Schleimdrüsen ausgegangen war. SEIFERT.

65) **Wendland** (Homburg v. d. H.). **Differentielle Diagnose über Bau und Histogenese einer am Boden der Mundhöhle entstandenen Geschwulst.** Inaugural-Dissertation. Würzburg. 1888.

Beschreibung einer $1^1/_2$ Ctm. breiten und mehrere Centimeter langen Geschwulst, die vom Boden der Mundhöhle exstirpirt wurde und bei der Untersuchung als ein periostales alveoläres Sarkom sich ergab. SEIFERT.

66) **A. Poncet. Enormes Sarcom der Zunge. (Enorme sarcome de la langue.)** *Lyon médical. 20. Mai 1888.*

Der Autor demonstrirt ein faseriges Sarkom der Zunge im Gewicht von 400 Gramm. Behufs leichter Abtragung desselben machte er zuvor die Osteotomie des Unterkiefers. E. J. MOURE.

67) **J. A. Wyeth. Stillung der Blutung bei Amputation der Zunge. (The control of hemorrhage in amputation of the tongue.)** *Canadian Practitioner. August 1888.*

W.'s Methode besteht in Umschnürung der Zunge mit einem Draht, der durch eine Incision unter dem Kinn durchgeführt und mit einem Ecraseur zusammengedreht wird. W. wendet stets die Rectalanästhesie bei Operationen im Munde an und hatte in 20 Fällen kein ungünstiges Symptom.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

## d. Diphtheritis und Croup.

68) **Esser. Ist die Diphtherie des Menschen auf Kälber übertragbar?** *Thiermed. Rundschau. II. Halle. 1887/88.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

69) **Penzoldt** (Erlangen). **Einige Versuche, Diphtherie auf Thiere zu übertragen.** Beitr. zur pathol. Anat. u. exper. Pathol. Leigzig. 1887.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

70) **Schrakamp. Ueber die Organveränderungen bei der Diphtherie.** *Archiv für Kinderheilkunde. IX. 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

71) **Ory. Behandlung der Diphtherie.** *Allgem. med. Central-Zeitung. 58. 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

72) **Riemer. Diphtherie-Erfahrungen.** Beiträge zur pathol. Anat. u. exper. Pathol. Leipzig. 1887.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

73) **W. Krauss. Anatomischer Befund bei einer diphtheritischen Lähmung.** *Neurol. Centralbl. 17. 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

74) **Edgar G. Barnes** (Eye). **Eine Abhandlung über die Aetiologie der Diphtherie. (An address on the etiology of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 28. Juli 1888.*

In dieser Abhandlung theilt B. Beobachtungen mit, welche den engen Zusammenhang zwischen Diphtherie und der Combinirung von Bodenfeuchtigkeit

und Zersetzung animalischer Stoffe beweisen. Er hält jedoch diese Fälle nicht für unvereinbar mit der Theorie von dem Ursprung der Krankheit aus einem Bacillus oder einem anderen Mikroorganismus, obwohl sie zeigen, dass der Pilz ausserhalb des menschlichen Körpers unter diesen Umständen gedeiht, und dass die Diphtherie unabhängig von einem vorher bei einem Menschen vorhanden gewesenen Fall auftreten kann.

B. ist jedoch der Ansicht, dass die Krankheit nicht durch einen Pilz bedingt ist, weil gewöhnlich kein Fall als Ausgangspunkt einer Epidemie aufgefunden werden kann, weil sie vorwiegend in den Wintermonaten auftritt, weil sie ebenso in ländlichen Gegenden wie in Städten vorkommt, und weil sie kein Prodromalstadium hat. A. E. GARROD.

75) **J. S. Ò.** (Madrid). **Ueber Diphtherie. (Al rededro de la difteria.)** *El Dictamen. 30. September 1888.*

In Anbetracht der Schwere der in früheren Jahrhunderten vorgekommenen Diphtherie-Epidemien scheint es dem Verf. ungerechtfertigt, der in Madrid herrschenden Krankheit den Namen Diphtherie zu geben, da dieselbe nur eine Art Pseudodiphtherie ist, welche jedoch ihre verschiedenen Perioden durchlaufen und sich in eine Allgemeininfection verwandeln kann. GONGORA.

76) **J. Lopez Ocana** (Madrid). **Die diphtheritische Bräune. (La angina diftérica.)** *El Dictamen. 10. September 1888.*

Sich den Anschauungen Peter's anschliessend, betrachtet Verf. die Diphtherie als eine blosse Steigerung der gewöhnlichen Halsentzündung, die durch Wiederholung des Processes erst häutig und schliesslich diphtheritisch wird. Demgemäss soll man den Rachen der Kinder sorgfältig untersuchen, um rechtzeitig die geschwürigen chronischen Mandelanschwellungen behandeln zu können. Auch soll man die daran leidenden Kinder von der Schule fernhalten.

GONGORA.

77) **C. R. Early. Diphtherie. (Diphtheria.)** *New-York Med. Record. 3. Oct. 1888.*

Die Arbeit enthält die Erfahrungen des Autors während seiner sechsjährigen Beschäftigung mit dieser Krankheit. Er meint, nach der Fülle der existirenden Literatur, dass diese Krankheit sehr viel studirt sei. Teppiche, Papier und Keller tragen zu ihrer Entstehung viel bei. Sie wäre nicht so allgemein, wenn diese Dinge unbekannt wären. Er glaubt, dass es eine constitutionelle Krankheit sei und deshalb constitutionell behandelt werden müsste. LEFFERTS.

78) **Sexton. Eine Diphtheritis-Epidemie nahe bei Hazlehurst. Mass. (An epidemic of diphtheria near Hazlehurst. Mass.)** *Medical Register. Philadelphia, 28. Juli 1888.*

Es war dies eine reine epidemische Form der Diphtherie. Jeder neue Fall konnte auf eine persönliche Berührung mit dem Patienten oder einem Familienmitgliede, oder einem besuchenden Freund zurückgeführt werden. Es wurde bewiesen, dass die Krankheit in den Kleidern auf eine bedeutende Entfernung hin verschleppt werden konnte. Sexton hatte 80 Fälle und fand, dass Calomel eines

der besten Mittel in den ersten Stadien sei. Local wandte er Arg. nitr. und Chlorverbindungen als Spray an. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

79) **Echevarría** (Puebla de Montalbán). **Terpentin bei Diphtherie. (La trementina contra la difteria.)** *El Dictamen. 10. October 1888.*

Verf. erwähnt zunächst, dass die balsamischen Mittel von jeher gegen die catarrhalischen Erkrankungen empfohlen worden und dass auch das Terpentinöl schon früher Verwendung fand. Vor einigen Jahren versuchte nun Verf. die innerliche und örtliche Anwendung des Terpentinöls gegen die Diphtheritis, aber der Erfolg entsprach nicht den gehegten Erwartungen. GONGORA.

80) **Le Gendre. Locale Antisepsis und Diphtherie. (Antisepsie locale et diphtherie.)** *Concours méd. 11. August 1888.*

L. G. verordnet Pinselungen mit einer Sublimatlösung und Waschungen mit Borsäure in warmen Lösungen. Naphtol scheint ihm auch nützlich zu sein. Zum Schluss erwähnt er einen Fall von Intoxication nach wiederholter Anwendung einer 10proc. Cocainlösung. E. J. MOURE.

81) **Riemer. Ueber Diphtherie.** Festschrift für Wagner. Leipzig. 1888.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

82) **J. H. Hamilton. Die Nichtidentität des Croups und der Diphtherie. (The non-identity of diphtheria and membranous croup.)** *American Lancet. Oct. 1888.*

H. kommt zu dem Schluss, dass die genannten zwei verschiedene und getrennte Krankheiten sind. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **v. Ziemssen** (München). **Ueber diphtheritische Lähmung und deren Behandlung.** Klinische Vorträge 6. 2. Aufl. 1888.

An der Hand einiger sehr prägnanter Krankengeschichten führt v. Z. das Bild der diphtheritischen Lähmung, insbesondere der schwersten Formen vor, bei denen fast alle Theile des Körpers befallen sind, in denen die Lähmung überhaupt vorkommt. Ganz besonders verweist er auf die Gefahren, die in jenen Fällen drohen, in welchen der Process nicht auf den Pharynx beschränkt ist, sondern auch auf den Recurrens und Vagusstamm übergreift, bei denen nicht nur von Seiten des Kehlkopfs, sondern auch von Seiten des Herzens und des Zwerchfells gefährliche Zufälle drohen. v. Z. hält es für höchst wahrscheinlich, dass speciell von den Endausbreitungen des N. laryng. superior die infectiöse Entzündung bis zum Stamme des Vagus und von diesem auf die übrigen Aeste centrifugal fortschreitet. Die weitere Ausbreitung der infectiösen Neuritis scheint von da aus ziemlich langsam vorwärts zu gehen, die paralytischen Erscheinungen an den Extremitäten und am Rumpfe sind wohl auch neuritischer Natur, aber bedürfen vielleicht zu ihrem Zustandekommen der Vermittelung des Rückenmarks als eines Uebergangsorganes. Die Prognose hängt von der In- und Extensität der Lähmung ab; es fällt in der Praxis oft schwer, den Patienten und ihren Angehörigen die Sachlage klar zu machen. Bezüglich der Therapie legt v. Z. das Hauptgewicht auf ruhige Lage, Ernährung durch die Schlundsonde event. durch Ernährungsklystiere, so lange die Kehlkopflähmung dauert, für die Reconvalescenz empfehlen sich die Thermen von Gastein, Ragatz, Pfäffers und Wildbad. SEIFERT.

84) **Scholz** (Cudowa). **Ueber schwere diphtheritische Lähmungen und deren balneotherapeutische Heilung.** Berlin. 1887. August Hirschwald.

Sch. empfiehlt zur Behandlung der schweren diphtheritischen Lähmungen die kohlensäurereichen Stahlbäder als das beste directe Heilmittel und bringt nach einer zusammenfassenden Darstellung der Anschauungen über das Wesen der diphtheritischen Lähmung einige Krankengeschichten, welche den Erfolg seiner vorgeschlagenen Therapie illustriren. Gegen die Anämie und Muskelatrophie nach Diphtheritis werden Bäder und Brunnen zugleich, der von Cudowa wegen seines wirksamen Gehaltes an Arsen empfohlen. SEIFERT.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

85) **Marique. Der Kehlkopf als Stimmorgan in seinen Beziehungen zu den Gehirncentren der Sprache und der Ideation. (Le larynx, organe de phonation dans ses rapports avec les centres cérébraux du langage et de l'idéation.)** *Bulletin de la Soc. d'Anthrop. de Bruxelles. Tome V. 1886/87.*

Der Autor bespricht in einem interessanten und gelungenen Vortrag die Genese, Physiologie und Pathologie der Sprache mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zu den Gehirncentren und zur Ideation. Die Sprache ist der Inbegriff des Ausdrucks von Ideen, welche sich in gesprochenen oder geschriebenen Worten oder durch Zeichen äusserlich manifestiren. Physiologisch ist die Sprache nur ein Nachahmungsreflex, dessen Ausgangspunkt immer die Empfindung ist.

Die verschiedenen Sprachorgane nicht allein der Affen, sondern auch der verschiedenen Arten von Hausthieren sind unbeachtet der Verschiedenheit der Töne, welche sie hervorbringen, so ziemlich identisch mit dem menschlichen Sprachorgan. Das Hauptorgan für die verschiedenartigen Sprachfunctionen sind die Gehirncentren und darin liegt der Grund der Verschiedenheit der Sprachen.

Die articulirte Sprache setzt folgende Arten früher empfangener Eindrücke in Bewegung:

1. den Gehöreindruck des Wortes,
2. den Gesichtseindruck des Wortwerthes (oder das Erinnerungsbild des gelesenen Wortes),
3. den motorischen Eindruck der Articulation,
4. den graphisch motorischen Eindruck (Erinnerungsbild des geschriebenen Wortes).

Je nachdem eine dieser 4 Typen von Erinnerungsbildern vorwiegt, unterscheidet man den Gehörs-, Gesichts- und motorischen Erinnerungstypus und von letzterem den Articulations- und Schreibetypus. Dazu kommt noch als 4. der „indifferente“ Typus, bei welchem die verschiedenen Erinnerungsbilder der Sprache sich gleichmässig äussern. Alle Erinnerungsbilder haben ihren Sitz in der linken Hemisphäre und zwar an ganz bestimmten Stellen, wie denn auch durch Läsionen dieser Partien die verschiedenen Arten von Aphasien zu Stande kommen, so 1. die Worttaubheit; 2. Broca'sche Aphasie; motorische Articula-

tionsaphasie; 3. Worttaubheit; 4. Agraphie. Ist nur eine Abschwächung der verschiedenen Erinnerungsbilder vorhanden, so spricht man von Amnesien.

Durch die Association der verschiedenen Empfindungen vermittelst der Meynert'schen Associationsbahnen entsteht das die Idee repräsentirende „complexe Wort".

Sind diese Associationsbahnen gestört, so entstehen die verschiedenen Arten von Leitungsaphasien Lichtheim's, von welchen dieser 8 Arten unterscheidet. Dazu kommen noch die zahlreichen Sprachrarticulationsstörungen, die, je nachdem sie die Nerven oder Muskeln betreffen, als Logopathien und Dysphrasien etc. oder als Dyslalien und Dysarthrien etc. bezeichnet werden. Zum Schluss ist ein übersichtliches Schema beigefügt von den Sprachwerkzeugen und deren Erkrankungen. BAYER.

86) **Beschorner** (Dresden). **Ueber Bauchrednerkunst.** Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 1887—1888.

B. findet durch das Resultat seiner rhino-pharyngo-laryngoskopischen Untersuchung an Herrn Otto Meyer aus Hamburg die Annahme bestätigt, dass es sich bei der Ventriloquie nicht um eine abnorme Beschaffenheit der die Töne und Laute producirenden Organe, sondern nur um eine aussergewöhnlich geschickte Beherrschung derselben handelt. SEIFERT.

87) **W. Sorokin. Ein Fall von schwerer Laryngitis beim Erwachsenen. Laryngotomia. (Slutschai tjaschelawo laryngita u wsroslawo. Laryngotomia.)** *Med. oboзr. No. 18. 1888.*

Laryngitis subchordalis gravis, Tracheotomia, Genesung. LUNIN.

88) **Delbecq. Laryngitis gravis. (Laryngite grave.)** Société anat. de Lille. *Journal des sc. méd. de Lille. 7. Juli 1888.*

Es handelt um die Laryngitis gravis, complicirt mit Angina, die eine Tracheotomie nothwendig machte. Genesung. E. J. MOURE.

89) **A. Fawitzki** (Petersburg). **Laryngitis haemorrhagica. (O haemorrhagitscheskow laryngite.)** *Wratsch. No. 48—50. 1888.*

Es liegen nicht genugsam Gründe vor, die Laryngitis haemorrhagica, deren Ursachen noch dunkel sind, als selbständige Krankheit zu betrachten. Aehnliche Erscheinungen beobachtet man auch an anderen Schleimhäuten, ohne daraus eine besondere Krankheit zu machen. Bis jetzt sind keine Sectionsbefunde von Laryngitis haemorrhagica bekannt. Verf. ist in der Lage, einen solchen zu liefern. Ein 48 Jahre alter Mann, mit Lebercirrhose, Atheromatosis und Dilatatio cordis, litt an einer Laryngitis haemorrhagica und starb an einer intercurrenten Krankheit.

Section: Die Schleimhaut des Kehlkopfs stark geschwellt und geröthet. Auf der Schleimhaut des linken Santorinknorpels, der Epiglottis und der Reg. interaryt. kleine submucöse Hämorrhagien. Der obere Theil der Trachea zeigt ein ähnliches Verhalten.

Microscopische Untersuchung: Starke Hyperämie der Gefässe, die Capillaren und die Venen stark erweitert, einige von letzteren nähern sich bis hart an

das epitheliale Gewebe. An einigen Stellen sieht man Gruppen von rothen Blutkörperchen, die, wie es scheint, durch die Gefässwandungen ausgewandert sind. Irgend eine Gefässzerreissung ist nicht zu sehen. Obgleich man eine solche aber microscopisch nicht nachweisen konnte, so giebt Verf. ihre Existenz doch zu. Er hält die Laryngitis haemorrh. nicht für eine selbständige Krankheit, sondern für eine Form der acuten oder subacuten Laryngitis. LUNIN.

90) **A. Silbermünz** (Poltawa). **Ein Fall von traumatischer Verletzung des Larynx. (Slutschai uschiba gortani.)** *Med. obosr. No. 23. 1888.*

S. beobachtete bei einem $6^1/_2$ Jahre alten Knaben nach einem Trauma des Kehlkopfs bellenden Husten und Laryngostenose. Nach 2 Tagen Genesung. Nicht laryngoscopirt. LUNIN.

91) **Schaeffer. Acutes Glottisoedem. Tracheotomie. (Oedème aigue de la glotte. Trachéotomie.)** *Gaz. méd. de Strasbourg. No. 1. 1888.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

92) **Yvert, Lacronique et Audet. Larynxoedem. (Oedème du larynx.)** *Semaine médicale. 14. September 1888.*

Die Verff. theilen der Société de Chirugie von Paris drei Fälle von Larynxödem mit, deren Ursprung, wie sie meinen, schwer festzustellen ist.

E. J. MOURE.

93) **A. J. Brehag** (Sydney). **Menthol bei Larynx- und Lungenphthise, sowie bei anderen Krankheiten. (Le menthol dans la phthise laryngée et pulmonaire et dans d'autres maladies.)** *Ann. de mal. de l'oreille. Juli 1888.*

Verf. rühmt die Anwendung des Menthols zu Instillationen, Inhalationen etc. bei der Larynx- und Lungenphthise, der acuten und chronischen Coryza, der Ozäna, den Reflexneurosen nasalen Urspungs, der acuten und chronischen Pharyngitis, der diphtheritischen Angina, der acuten und chronischen Bronchitis etc. etc. E. J. MOURE.

94) **Fronheim** (Moskau). **Resorcin bei Larynxphthise.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 3. 1888.*

F. empfiehlt das Resorcin als ein vorzügliches Mittel, um die Beschwerden und Schmerzen bei tuberculösen Larynxgeschwüren zu beseitigen. Er applicirt eine 10—20proc. Lösung mit dem Pinsel, ausserdem lässt er eine 2proc. Lösung mehrmals täglich inhaliren. F. zieht das Resorcin dem Cocain vor. SCHECH.

95) **Beschorner** (Dresden). **Die locale Behandlung der Laryngo-Phthisis tuberculosa.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 8. November 1888.

Nach einer kurzen Uebersicht über die pathologische Anatomie der Kehlkopftuberculose und der verschiedenen Behandlungsmethoden theilt B. seine eigenen Erfahrungen über letztere mit. Ein grosses Gewicht legt B. auf die Prophylaxe, d. h. Schutz des Kehlkopfs vor Infection mit dem bacillenhaltigen Material des Lungensecretes. Es handelt sich einmal um Behandlung des Kehlkopfes selbst und dann um eine allgemeine Behandlung der Tuberculose, für welche das Kreosot sehr warm befürwortet wird.

Was nun die einzelnen Methoden der localen Therapie anlangt, so wird die mit Milchsäure als eine bedeutsame Errungenschaft in der Laryngo-phthisio-Therapie bezeichnet. Eine besondere Anerkennung wird auch dem Jodol gezollt, auch über die Borsäure spricht sich B. günstig aus, während ihm über den Werth der localen Anwendung des Kreosot, Sublimat, Resorcin, Salol, Menthol, phosphorsauren Kalk eine eigene Erfahrung nicht zu Gebote steht. Den endolaryngealen chirurgischen Eingriffen steht B. insofern ablehnend gegenüber, als er sie für das Sprechzimmer eines Privatarztes als nicht geeignet bezeichnet, während sie in Specialabtheilungen von Spitälern von dem besten Erfolge sein mögen. In 4 Fällen war als Indicatio vitalis die Tracheotomie nothwendig.

Einen Fall eines Tuberkeltumors führt B. auch an, der zu der genannten Operation nöthigte. SEIFERT.

96) **Serroud. Frühzeitige Diagnose der Lungenphthisis. (Du diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire.)** Paris. 1888.

Die Untersuchung des Larynx kann in gewissen Fällen auf den Weg führen. Nichts Neues. E. J. MOURE.

97) **W. P. Peake** (London). **Ein Fall von tuberculöser Laryngitis, Tracheotomie mit Anwendung von Cocain. (A case of tubercular laryngitis, tracheotomy performed with cocaine.)** *Lancet. 15. September 1888.*

P. beschreibt den Fall einer 47jährigen Frau, die an Lungen- und Kehlkopfphthise litt, und bei der wegen starker Athemnoth die Tracheotomie erforderlich war. Da der Zustand der Lungen eine Narcose verbot, so entschloss man sich, eine 5proc. Cocainlösung an der Stelle der Incision zu injiciren und nach jedem Schnitt eine 10proc. Lösung auf die Theile zu streichen.

Patientin hatte nur Schmerzen, als die Trachea durchschnitten wurde. Sie befand sich drei Tage lang ganz wohl; alsdann kam jede Nahrung, unmittelbar nachdem sie verschluckt war, durch die Canüle durch. Das dauerte bis zum Tode der Patientin, 10 Tage nach der Operation. Der Durchgang der Speisen durch die Canüle war die Folge einer Zerstörung der Epiglottis. A. E. GARROD.

98) **Bonome** (Turin). **Eine ungewöhnliche Form von Larynxtuberculose. (Sur une forme insolite de tuberculose laryngée.)** *Echo méd. 7. Juli 1888.*

Uebersetzung eines in Italien erschienen Artikels. E. J. MOURE.

99) **W. D. Babcock. Larynxphthisis. (Laryngeal phthisis.)** *Southern California Practitioner. August 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

100) **Gouguenheim** (Paris). **Syphilis und Tuberculose des Larynx. Diagnostik der gemischten Tumoren. (Syphilis et tuberculose laryngées. Diagnostic des formes associées.)** *Revue génér. de clin. et de thérap. No. 36. 26. Juli 1888.*

Uebersicht über das in dieser Frage Bekannte.

Nichts Neues. E. J. MOURE.

101) **Guerra. Exstirpation benigner Tumoren des Larynx.** Bonn. 1888.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

102) **W. Porter. I. Drei gutartige Tumoren oberhalb der Epiglottis. (Three supra-epiglottic benign neoplasms.) II. Ein neues Verfahren zur Behandlung des cystischen Kropfs. (A new proceeding in treatment of cystic goitre.)** *Journ. Am. Med. Association. XI. 3.*

1. Cyste der hinteren Pharynxwand, Schlingbeschwerden erzeugend. Sie wurde incidirt und innen Tinct. ferr. chlor. eingepinselt.

2. Ein papillärer Tumor, gerade unter der Tonsille, aber ganz getrennt von ihr entspringend. Das Papillom drang aufwärts und hing über der linken Seite der Epiglottis, beständigen Husten und leichte Schlingbeschwerden verursachend. Es wurde wiederholt Chromsäure an den Stiel des Tumors gebracht, wodurch er schliesslich sich ablöste.

3. Ein Chondrom der Epiglottis, welches mit der schneidenden Zange abgetragen wurde.

II. Die Flüssigkeit wurde durch eine Canüle abgelassen und alsdann 6 Zoll Catgut, mit Jodtinctur getränkt, durch die Canüle eingeführt und letztere entfernt; ein Theil des Catguts ragt hervor. Sobald die Symptome einer localen Entzündung deutlich sind, wird das Catgut herausgezogen. Diese Behandlung hatte keine Nachtheile, und die Cyste recidivirte nicht. W. J. SWIFT (LEFFERTS)

103) **Chas. W. Hayward** (Liverpool). **Cyste des Taschenbands. (Cyst of ventricular band.)** *Lancet. 15. September 1888.*

H. beschreibt einen von ihm in der Schnitzler'schen Klinik beobachteten Fall. Patientin, eine Frau von ca. 43 Jahren, litt seit sechs Monaten an zunehmender Heiserkeit. Der Larynx war normal mit Ausnahme des linken Taschenbandes, dessen mittlere drei Fünftel ihrer ganzen Breite nach von einer grossen Cyste eingenommen waren, die ein durchscheinendes, leicht gestreiftes Aussehen hatte.

Nach Cocainisirung wurde die Cyste mit einem Schrötter'schen Messer incidirt: Es entleerte sich eine schleimähnliche Flüssigkeit. Ein Versuch, etwas Flüssigkeit mit einem Pinsel zu entnehmen, hatte keinen zuverlässlichen Erfolg. Die Cystenwand wurde sodann mit Schrötter's Pincette weggerissen und die Stelle derselben mit Höllenstein in Substanz touchirt. — Am folgenden Tage wurde der Kehlkopf mit 10 und 5proc. Höllensteinlösung gepinselt und später mit Zinkchlorid. Die Behandlung erzielte eine fast vollständige Beseitigung der Heiserkeit. A. E. GARROD.

104) **Charazac. Ein Fall von Larynxcarcinom.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 9. 1888.*

Anknüpfend an einen Fall von Carcinom, bei dem die Tracheotomie gemacht wurde, erwähnt Ch., dass es Fälle giebt, die nicht mehr operirt werden sollen, namentlich wenn die Kranken schwächlich, die Lymphdrüsen geschwollen und die Knorpel mitergriffen sind. Hier leben die Kranken bei der einfachen Tracheotomie länger. Entschliesst man sich zur Operation, dann soll man, wenn es genügt, die einseitige Laryngectomie machen. SCHECH.

105) **Thost. Demonstration eines carcinomatösen Kehlkopfs.** Aus dem ärztl. Vereine in Hamburg. *Münchener med Wochenschrift. No. 9. 1888.*

Der Fall betraf einen Mann, dem Störk im Vereine mit Gersuny die Totalexstirpation des Larynx gemacht hatte, wegen eines seit 13 Jahren bestehenden Papilloms. das mehrfach entfernt, immer wieder recidivirte und zuletzt sich in ein Carcinom umgewandelt hatte. Patient ist bis jetzt ohne Recidive.

SCHECH.

106) **Troquart** (Bordeaux). **Zur Krankheit Kaiser Friedrich's. (A propos de la maladie de l'empereur Fréderic.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 21. Oct. 1888.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

107) **X. Die Krankheit des deutschen Kaisers. (Le maladie de l'Empereur d'Allemagne.)** *Journal de méd. et chirurg. Paris. September 1888.*

Kritische Besprechung. E. J. MOURE.

108) **J. Norris Wolfenden** (London). **Ueber Exstirpation des Larynx. (On extirpation of the larynx.)** *Journal of Laryngology. Dec. 1887 u. Jan. 1888.*

W. giebt in dieser Arbeit eine tabellarische Zusammenstellung der verschiedenen veröffentlichten Fälle von totaler und partieller Exstirpation des Larynx. Er kommt zu dem Schluss, dass die partielle Exstirpation für die Zukunft grosse Erfolge verspricht, dass sie jedoch nur dann unternommen werden sollte. wenn es erwiesen sei, dass eine Radicaloperation auf endolaryngealem Wege unmöglich wäre. A. E. GARROD.

109) **Radestock** (Geithain). **Totalexstirpation des Kehlkopfes und des suprasternalen Theiles der Luftröhre wegen Carcinom.** *Archiv für klin. Chirurgie. XXXVII. 1888.*

Bei einem 27jährigen Mann wurde der Kehlkopf mit einem Theil der Luftröhre exstirpirt, der Heilungsprocess verlief ziemlich ungestört, Pat. bekam einen Gussenbauer'schen künstlichen Kehlkopf eingesetzt und blieb bis zur Publication des Falles (etwa 1 Jahr) ohne Recidiv. SEIFERT.

110) **Hahn** (Berlin). **Mittheilungen über die Endresultate nach Kehlkopfs-Operationen.** *v. Langenbeck's Archiv. XXXVII. 1888.*

In der vorliegenden Tabelle finden sich die Resultate verzeichnet, welche H. erzielt hatte erstens bei Operationen wegen Stenose und zweitens bei Operationen wegen Tumorbildung. Bei der letzteren Abtheilung finden sich noch Unterabtheilungen über Exstirpation von Tumoren aus dem Kehlkopfinneren durch Laryngofissur, partielle Kehlkopfexstirpationen und totale Exstirpationen.

SEIFERT.

111) **Le Fort. Exstirpation des Larynx. (Extirpation du larynx.)** *Bullet. méd. 25. Juli 1888.*

Le F. bespricht die Differenzen zwischen den deutschen Aerzten und Sir Morell Mackenzie über die Behandlung Friedrich III.

Er spricht sich zu Gunsten der reinen und einfachen Tracheotomie in der Mehrheit der Fälle aus. E. J. MOURE.

112) **Billeter** (Zürich). **Ueber operative Chirurgie des Larynx und der Trachea.** Inaugural-Dissertation. Orell u. Füssli. Zürich. 1888.

Material von Krönlein von 1881—1887, 347 Tracheotomien, 10 Laryngotomien, 5 Kehlkopfexstirpationen, 1 Pharyngotomia subhyoidea.

Die Tracheotomia superior nach Bose wurde vorwiegend ausgeführt. In 54 Fällen war keine Unterbindung nöthig und der Vorwurf grösserer Blutungen bei dem oberen Luftröhrenschnitt ungerechtfertigt; auch ist hier die Entröhrung leichter als bei der Tracheotomia inferior.

Die wegen Diphtherie operirten Kinder lieferten 41 pCt. Heilungen. Die grosse Lüning'sche Statistik über 3510 Tracheotomien aus 6 Spitälern hatte 37 pCt. Heilungen ergeben.

Für eine Menge interessanter Krankengeschichten müssen wir auf das Original verweisen, namentlich für die Tracheotomien bei typhösen und hysterischen Stenosen; ebenso bezüglich der prophylactischen Tracheotomien. Von allen 347 Operirten starb nur Einer mit typhöser Narbenstenose, nachweislich an der Tracheotomie, in Folge heftiger Blutung der Trachealschleimhaut selbst.

Die 14 Larynxfissuren wurden mit Erfolg bei typhöser Narbenstrictur, Chorditis vocalis inf. hypertrophica, luetischer Hypertrophie, dreimal wegen Papillome 3—6jähriger Kinder ausgeführt. Diese Operationen wurden theils bei hängendem Kopf, oder ohne Narcose in halbsitzender Stellung gemacht, da Krönlein die Tamponcanülen für unzuverlässig hält.

Bronchopneumonien blieben ganz aus. Die Tamponade der Trachea mit Jodoformgaze um die Laryngo-Trachealcanüle herum, welche einigemal zu Hülfe gezogen wurde, scheint Ref. sehr bemerkenswerth.

Die 5 Exstirpationen des Kehlkopfs wurden sämmtlich bei schweren Krebsfällen ausgeführt. Der Längstüberlebende starb nach 13$^1/_2$ Monaten. Dem künstlichen Kehlkopf, mit welchem er vernehmlich sprechen konnte, zog er die Trachealcanüle vor. Die Technik dieser Operationen möge man im Orig. nachlesen. Der Haupttheil derselben wurde ausser Narcose gemacht wegen der Gefahr der Blutaspiration.

Die reichhaltige und sehr lehrreiche Arbeit, die hier nur ganz skizzenhaft referirt werden konnte, ist auch für Laryngologen eines eingehenden Studiums werth.

JONQUIÈRE.

113) **G. A. Clark. Fremdkörper im Larynx. (Foreign body in the larynx.)** *Glasgow Med. Journal. Nov. 1888.*

Ein 9jähriges Kind litt an Dyspnoeanfällen, war jedoch in der Zwischenzeit ganz wohl. Die Anfälle wurden durch Husten, Lachen oder Schreien hervorgerufen. Auf Nachfrage bei den Verwandten wurde versichert, dass das Kind am vorhergehenden Tage wahrscheinlich eine Bohne verschluckt habe. Das Laryngoscop ergab jedoch Nichts. Schliesslich wurde die Tracheotomie gemacht und obwohl Besserung erzielt wurde, so bestanden die Krämpfe doch fort. Die Temperatur, welche vorher hoch war, fiel jedoch. Während der Anfälle von Athemnoth schien etwas aufzusteigen und gegen die Canüle zu streichen. Nichtsdestoweniger liess man die Wunde zuheilen, und bald darauf wurde eine zweite

Operation nöthig. Die Untersuchung der unteren Partie der Trachea führte schliesslich zur Entdeckung und Entfernung einer Pferdebohne, und der Patient machte eine gute Genesung durch. P. M'BRIDE.

114) **Maitland Thompson** (Lincoln). **Ein Fall von Tracheotomie wegen eines Fremdkörpers. (A case of tracheotomy for foreign body.)** *Brit. Med. Journal. 24. November 1888.*

Ein 4jähriges Kind bekam, als es mit Bohnen spielte, eine derselben in die Trachea. Als nach einigen Stunden Suffocation drohte und andere Versuche misslangen, wurde die Tracheotomie gemacht. Die Bohne wurde durch die Wunde sofort ausgeworfen und die schwere Dyspnoe schwand.

R. MACKENZIE JOHNSTON.

115) **Alfred S. Gubb** (Hammersmith). **Zahn in der Trachea. (A tooth in the trachea.)** *Medical Press and Circular. 12. December 1888.*

Der Zahn wurde 3 Tage, nachdem er inhalirt war (es geschah dies unter den Händen des Zahnarztes), wieder ausgehustet. R. MACKENZIE JOHNSTON.

116) **Meichel. Studie über die Behandlung des Scheintods der Neugeborenen und die Tubage des Larynx als eine Verbesserung der üblichen Methoden. (Etude sur le traitement de la mort apparente des nouveaux-nés et le tubage du larynx comme amélioration des procédés usités.)** *Thèse. Paris. 1888.*

Der Titel bezeichnet den behandelten Gegenstand. E. J. MOURE.

117) **Leonhart** (Satrup). **Die Retrotracheotomie wegen Granulationsstenose der Trachea.** Inaugural-Dissertation. Kiel. 1888.

Mittheilung eines Falles, in welchem etwa 3 Mon. nach der wegen Diphtherie ausgeführten Tracheotomie die Retrotracheotomie vorgenommen werden musste wegen hochgradiger Athembeschwerden. Beim Eröffnen der Trachea im Verlaufe der alten Narbe wurde ein gut erbsengrosses, mit einem Stiel aufsitzendes Granulom entfernt, der Patient wurde 8 Tage nach der Operation geheilt entlassen. SEIFERT.

118) **Glasmacher. Fall von Epilepsie. Erstickungsanfall. Tracheotomie.** *Deutsche militär-ärztliche Zeitschrift. XVIII. Berlin. 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

119) **Loumeau. Chloroform und Tracheotomie. (Chloroforme et trachéotomie.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 15. u. 29. Juli 1888.*

L. theilt den Fall eines 5jährigen Kindes mit, welches wegen Diphtherie in der Narcose operirt worden und gestorben war. Der Autor erklärt den Tod als Wirkung des Chloroforms, das den Trachealreflex aufgehoben habe. Er führt hierüber die Ansichten der verschiedenen Autoren an und kommt zu dem Schluss, dass man bei Kindern vom Chloroform absehen müsse, wenn die Asphyxie vorgeschritten ist, und dass man die Trachea nur dann eröffnen solle, wenn die Sensibilität der Cornea zurückgekehrt ist.

In der Discussion bemerkt der Referent, dass das Chloroform besonders bei Erwachsenen zweckmässig sei und er macht den Gebrauch der Narcotica von

der Untersuchung des Larynx abhängig. Gleich Loumeau plädirt er für eine nicht vollständige Narcose in dem Augenblick, wo man die Trachea eröffnen will. Dudon verwirft das Chloroform. E. J. MOURE.

120) **Meurer. Anästhesirung bei der Tracheotomie. (De l'anesthésie dans la trachéotomie.)** *Province méd. 11. August 1888.*

Allgemeine Uebersicht über den Stand der Frage. E. J. MOURE.

121) **X. Chloroform und Tracheotomie. (Chloroforme et trachéotomie.)** *La thérap. contemp. 7. Juli 1888.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

122) **T. L. Weiss. Chloroformirung bei der Tracheotomie bei Kindern. (De la chloroformisation dans la trachéotomie pratiquée chez les enfants.)** *Revue médicale de l'Est. 15. November 1888.*

Bei Kindern ist die Chloroformirung fast stets angezeigt. Sie kann zuweilen zu Suffocationsanfällen, gewöhnlich vorübergehender Natur, führen, erleichtert jedoch die Operation ohne böse Folgen und vervollständigt die durch den Thermocauter gemachten Fortschritte. E. J. MOURE.

123) **F. M. Caird** (Edinburgh). **Tracheotomiecanüle. (Tracheotomy tube.)** *Edinburgh Med. Journal. October 1888.*

C. zeigte Parker's Tracheotomiecanüle, bei welcher der grössere Theil der oberen Wand in der inneren Canüle fehlt. Dadurch wird die Ausstossung von Pseudomembranen erleichtert. M'BRIDE.

124) **M. Jones** (Bristol). **Tracheotomiecanüle. (Tracheotomy tube.)** *Veterinarian. Juli 1888.*

Ein Bericht über eine neue Canüle für Pferde. A. E. GARROD.

125) **T. F. Rumbold. Tracheotomie-Respirator. (Tracheotomy-respirator.)** *Journ. of Am. Med. Association. X. 15.*

In einem Fall von Tracheotomie, bei dem die Einathmung kalter Luft Husten erregte und Patient grosse Unbequemlichkeit hatte, weil er die Nase nicht schnauben konnte, verband R. die Trachealcanüle mit einem Gummirohr, welches Patient in seinem Mund hielt. Auf diese Weise gelangte die Luft von den Lungen durch seinen Mund hinter den weichen Gaumen und in die Nase. Dadurch war der Pat. im Stande, seine Nase vollständig zu schnauben. Während der Inspiration ging die Luft durch die Nase, Mund und Gummiröhre in die Lungen durch die Canüle, so dass sie fast den normalen Wärme- und Feuchtigkeitsgrad hatte. Um eine Ansammlung von Secreten in der Gummiröhre zu verhüten, wurde ein gläsernes Receptaculum mit der Trachealcanüle und dem Gummirohr verbunden, um dieselben aufzufangen. Das Receptaculum konnte nach Belieben entfernt und gereinigt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

126) **Engelmann. Ueber Druckgeschwüre in der Trachea.** Halle. 1888.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

127) **Puech. Krebs der Trachea bei Lungentuberculose. (Cancer de la trachée à tuberculose pulmonaire.)** Société de méd. de Montpellier. *Montpellier Méd. No. 10. 1888.*

Die Ueberschrift sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

128) **Noll** (Hanau). **Ein Fall von Abtrennung der Luftröhre vom Kehlkopf bei fast unversehrten Weichtheilen. Durch Operationen u. s. w. erzielte vollständige Anheilung.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 27. 1887.*

Interessanter Fall von Abreissung der Trachea vom Kehlkopf durch eine Transmissionsstange, die das um den Hals geschlungene Halstuch im Nacken fasste und so lange zusammendrehte, bis es zerriss. Ausser der Tracheotomie war später noch die Laryngotomie und schliesslich die Anwendung der Schrötter-schen Hartgummibougies nöthig, um erträglichen Zustand herbeizuführen.

SEIFERT.

## f. Schilddrüse.

129) **Drobnick** (Königsberg). **Experimentelle Untersuchungen über die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse.** *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. XXV. 2. 1888.*

Die Ergebnisse der nur an Hunden angestellten Experimente sind folgende: 1. Fibrilläre Zuckungen und klonische Krämpfe der ganzen palpablen Muskulatur; 2. Störungen der Respiration, bestehend in exspiratorischer Dyspnoe, selten und nur im Anfang zeigt sich auch inspiratorische Dyspnoe; 3. Verlangsamung und Arrhythmie der Herzschläge; 4. Erbrechen; 5. Paralgesien im Gebiete des Trigeminus; 6. Zurücksinken des Bulbus, verminderter intraoculärer Druck, Drehung des Bulbus in der Richtung nach oben.

Was nun die Erklärung für diese nach der Schilddrüsenexstirpation bei der Mehrzahl der Hunde auftretenden Symptome anlangt, so hält sie Dr. nicht durch den Ausfall irgend einer hypothetischen Schilddrüsenfunction entstanden, sondern für Reflexerscheinungen von der Wunde aus. Der Symptomencomplex der sogenannten Cachexia strumipriva sei nicht homolog dem Zustande, der bei Hunden nach Exstirpation der Schilddrüse zu Tage zu treten pflegt. Der letztere ist der Tetanie des Menschen gleichwerthig. SEIFERT.

130) a. **Fuhr** (Giessen). **Der Kropf im Alterthum.** b. **Huber** (Memmingen). **In Sachen „Kropf" im Alterthum.** *Virchow's Archiv. Bd. 112. 1888.*

Es bildet die Arbeit Fuhr's die Ergänzung zu Wölfler's Geschichte der Kropfoperationen. Die Bemerkung Fuhr's, dass sich in den hippokratischen Schriften keine Andeutung des Kropfes finde, widerlegt Huber durch den Hinweis auf eine Stelle in der Edition E. Littré im 6. Buche der Epidemien. Sectio III. No. 6. (Littré V. 294.) SEIFERT.

131) **Radestock** (Dresden). **Ein Fall von Struma intratrachealis.** Beiträge zur pathol. Anat. u. zur allgem. Pathol. III. 3. 1888. Ziegler u. Nauwerck.

Bei der Section eines an Lungentuberculose verstorbenen 21jährigen Mädchens fand sich am Eingange des rechten Hauptbronchus ein haselnussgrosser,

das Lumen des Hauptbronchus total verschliessender Tumor, unterhalb dessen die dilatirten Bronchialäste in eine Caverne mündeten. Die microscopische Untersuchung des Tumors ergab die Structur des Schilddrüsengewebes, so dass dieser intratracheale Tumor als eine versprengte Struma angesehen werden muss. SEIFERT.

132) **Vierordt. Verbindung von Kropf und Laryngitis hypoglottica.** Festschrift für Wagner. Leipzig. 1888.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

133) **E. Ozenne. Die Behandlung der Tumoren der Schilddrüse. (Du traitement des tumeurs du corps thyroide.)** *Gazette des hôpitaux. 29. September 1888.*

Der Autor theilt die Geschwülste der Glandula thyreoidea in benigne und maligne. Er erörtert die innere und chirurgische Behandlung zur Verhütung wie zur Beseitigung der verschiedenen Arten des Kropfes und spricht von den Zufällen bei der Operation und den entfernteren Folgen der Exstirpation der Glandula thyreoidea. E. J. MOURE.

134) **Kümmel. Demonstration dreier Fälle von Kropfexstirpation.** Aus dem ärztl. Verein zu Hamburg. *Münchener med. Wochenschrift. No. 5. 1888.*

K. versucht zuerst Arsenikinjectionen, die zuweilen bei grossen Kröpfen Erfolg haben. Von den demonstrirten Patienten — 2 Frauen, 1 Mann — hatte eine Frau eine substernale Struma von Hühnereigrösse, die Drucksymptome seitens der Trachea und des Oesophagus verursachte: die zweite Frau hatte eine zweifaustgrosse Struma. Nach der Exstirpation machte K. die Tamponade der Wunde und demnächst die Secundärnaht, die sich beidemale gut bewährte. Dem Manne war von $1^3/_4$ Jahren die totale Strumectie gemacht. Symptome von Cachexia strumipriva bis jetzt nicht beobachtet. Im Anschluss daran demonstrirt K. noch eine Patientin, die nach Typhus eine Vereiterung der Schilddrüse bekommen hatte. Durch Incision und partielle Excision der Drüse wurde Heilung erzielt. SCHECH.

135) **Hoffa** (Würzburg). **Ueber die Folgen der Kropfoperationen.** Separat-Abdruck aus d. Verhandl. d. physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXI.

H. stellt in der physik. med. Gesellschaft zu Würzburg 3 Fälle vor, welche der totalen Kropfoperation unterworfen worden waren. Im 1. Falle, der einen 10jährigen Knaben betraf, waren in verhältnissmässig kurzer Zeit nach der Entlassung die Erscheinungen der Cachexia strumipriva aufgetreten, ebenso im 3. Falle. Im 2. Falle stellten sich schon 4 Wochen nach der Entlassung epileptiforme Anfälle ein, die sich öfters wiederholten, zu gleicher Zeit nahm das Gesicht eine gedunsene Beschaffenheit an, während die geistigen Functionen wenig gestört wurden. Auffallenderweise trat hier bald Besserung ein mit dem Beginn eines localen Recidivs der Struma, so dass H. annehmen konnte, dass ein kleiner Rest der Struma beim Abpräpariren von der Trachea stehen geblieben war.

SEIFERT.

136) **A. Pic. Krebs der Schilddrüse mit secundärem Krebs des Musc. clavicularis und biventer** [? Red.]. **(Un cas de cancer du corps thyroide avec cancer secondaire des muscles cleaire et jumeaux.)** *Lyon méd. 1. Juli 1888.*

Der Titel besagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

137) **W. Zoege-Manteuffel** (Dorpat). **Ein Fall von Echinococcus der Schilddrüse.** *Petersburger med. Wochenschrift. No. 30. 1888.*

Ein kindskopfgrosser Tumor, rechts seitlich am Halse, von der Incisura thyreoidea bis zum Jugulum reichend. Die Diagnose wurde auf Struma colloid. cystic. gestellt. Bei der Operation wurde der Tumor als Echinococcus erkannt, der mit der Trachea zusammenhing und dieselbe etwas comprimirt hatte. — Heilung. LUNIN.

## g. Oesophagus.

138) **G. Fischer** (Hannover). **Oesophagotomie und Pleuraschnitt wegen eines Fremdkörpers. 120 Oesophagotomieen.** *Zeitschrift für Chirurgie. 29. 1. 1888.*

Bei einem 50jährigen Manne hatte sich nach Verletzung des Rachens durch ein verschlucktes Knochenstück ein septischer Process gleichzeitig nach zwei verschiedenen Richtungen hin entwickelt, es entstand putride Bronchitis und septische Halsphlegmone. Letztere wurde durch Oesophagotomie in einer dreiwöchentlichen fieberfreien Zeit zur Heilung gebracht. Dann entwickelte sich Lungengangrän mit jauchiger Pleuritis, welche nach dem Pleuraschnitt zum Tode führte.

Seine frühere Statistik über Oesophagotomie bei Fremdkörpern wird von 108 durch weitere 12 Fälle aus der Literatur auf 120 erhöht. SEIFERT.

139) **Heineke** (Erlangen). **Oesophagusstrictur.** Aerztl. Bezirks-Verein zu Erlangen. 28. Januar 1888. *Münchener med. Wochenschrift. 12. 1888.*

Im ersten Fall handelte es sich um Narbenstrictur, welche die Oesophagotomie nöthig machte, im zweiten Fall um eine sehr enge carcinomatöse Strictur dicht über der Cardia, wegen deren die Gastrostomie vorgenommen wurde.

SEIFERT.

140) **N. Blagowetschenski** (Petersburg). **Fibromyoma laevicellulare oesophagi.** *Geschen klin. Gaz. No. 35. 1888.*

Zufälliger Befund bei der Section eines 31 Jahre alten Mannes, der längere Zeit an Erbrechen und besonders an starken Schmerzen in der Magengegend litt. Es fanden sich am Oesophagus zwischen Diaphragma und Magen zwei Geschwülste von Erbsen- und Kastaniengrösse. Die grosse Geschwulst sass hart am rechten Vagus. Die microscopische Untersuchung ergab ein Fibromyoma laevicellulare, von der Wand des Oesophagus ausgehend. Ein Theil der Geschwulst hatte die Musculatur des Oesophagus durchwachsen und ragte bis unter die Schleimhaut vor, die sie etwas vordrängte. Der Nerv. vagus war normal.

Verf. hat in der Literatur nur 6 Fälle solcher Geschwülste gefunden.

LUNIN.

141) **Tenbaum. Ein Fall von Carcinoma scirrhosum der Speiseröhre.** Münster. 1888. Aschendorff.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

142) **A. Knie** (Moskau). **Ein Fall von Oesophagostomie wegen Speiseröhrenkrebs. Heilung.** *Petersburger med. Wochenschrift. No. 37. 1888.*

Pat., 54 Jahre alt, seit 6 Monaten Schluckbeschwerden. Das Hinderniss sass 16 Ctm. weit von den Schneidezähnen entfernt. Oesophagostomia ext.; Vernähung der Schleimhaut mit der Haut und Ernährung der Pat. durch die Fistel. Pat. lebte 16 Monate nach der Operation. LUNIN.

143) **Alsberg. Demonstration einer wegen Carcinoma oesophagotomirten Frau.** Aus dem ärztlichen Verein in Hamburg. *Münchener med. Wochenschr. No. 13. 1888.*

Der Tumor sitzt in der Höhe des Ringknorpels und ist bereits zum Theil in den Larynx gewuchert. Die Fistel liegt an der rechten Halsseite; die Ernährung findet durch einen eingeführten Glastrichter statt.

Seit $3\frac{1}{2}$ Monaten, d. h. seit der Operation, hat eine weitere Körperabnahme nicht stattgefunden. SCHECH.

---

# III. Kritiken und Besprechungen.

## Bericht über die Section für Laryngologie und Rhinologie des 3. Congresses russischer Aerzte in Petersburg.

Prof. Simanowski eröffnete die Sitzung mit einem Hinweise auf das erfreuliche Factum, dass es endlich gelungen ist, eine selbständige Section für Laryngologie zu Stande zu bringen. Er drückte sein Bedauern darüber aus, dass trotz der Bedeutung der Laryngologie in Russland es nur eine einzige Abtheilung mit stationären Betten für diese Disciplin giebt, und dieselbe verdankt ihre Entstehung nur der Liebenswürdigkeit des Prof. Koschlakow, indem er eine Anzahl Betten seiner Abtheilung für innere Krankheiten zur Bildung einer Abtheilung für Halskrankheiten überliess. Darauf sprach S. im Namen der russischen Laryngologen seinen Dank an Prof. Koschlakow aus.

Zum Vorsitzenden der Section wurde Prof. Lösch aus Kiew gewählt.

A. Fawitzki: Ueber die Innervationsstörungen des Stimmapparats zur Zeit der Pubertät. Nach einem Ueberblicke über die Störungen und die Heilung derselben durch Gymnastik theilte er zwei Fälle mit, die ebenso behandelt und beide geheilt wurden.

Ossendowski: Zur Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Menthol. Vortragender hatte 7 Fälle mit öliger Menthollösung von 10—30 pCt. local behandelt. Alle seine Patienten zeigten auch Erkrankungen der Lungen. In 6 Fällen hatte das Menthol eine gute Wirkung: die Schmerzhaftigkeit beim Schlucken nahm ab, die Infiltrationen schwanden theilweise und die Geschwüre reinigten sich. Eine Vernarbung wurde nicht beobachtet.

Golinetz: Zur Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Milchsäure. Behandelt wurden 11 Fälle. Bei allen waren die Lungen gleichfalls erkrankt. Die Milchsäurelösung wurde von 30—80 pCt. stark genommen. In 3 Fällen wurde völlige Heilung der Geschwüre und Schwinden der Infiltration beobachtet. In 2 Fällen waren nach Heilung der Geschwüre Recidive aufgetreten; jedoch gelang es nach abermaliger Behandlung mit Milchsäure, dieselben wieder zum Heilen zu bringen. In allen bis auf 2 Fälle wurde eine Besserung erzielt. In 2 Fällen besserten sich bei der localen Behandlung auch die Lungen.

Discussion:

Blumenau: Einige Pat. vertragen die Milchsäurepinselungen schlecht; in solchen Fällen müsse man das Menthol benutzen.

Nikitin spricht sich für die Milchsäure aus. N. hat beobachtet, dass Geschwüre auf den Stimmbändern leichter zum Heilen zu bringen sind, als Geschwüre in der Umgebung derselben.

Lösch und Simanowski sprechen sich gleichfalls für die Milchsäure aus.

Schirmunski: Zur Aetiologie und Therapie der Rhinitis atrophica. Vortragender hat die atrophische Form der chronischen Rhinitis bei mehreren Kindern derselben Familie beobachtet, wo kein hypertrophischer Catarrh vorausgegangen war. Diese Form der Rhinitis hält Vortragender für einen angeborenen Fehler. Die Muscheln sind besonders klein und die Schleimhaut der Nase sehr dünn. Bei Erwachsenen geht der atrophischen Form stets eine hypertrophische voraus. Eine Heilung ist nur bei Kindern möglich, d. h. bei der angeborenen Form, wo durch zweckmässige Behandlung eine Restitution des Gewebes geschaffen werden kann. In seinen oben genannten Fällen, die geheilt wurden, bestand die Behandlung in Spülungen mit Soda, Kochsalz, Natr. salicyl. und Einblasungen von Borsäure.

Section für Chirurgie.

Rukowicz (Petersburg). Wie soll man mit der im Verlaufe des Typhus abd. auftretenden. durch Perichondritis bedingten Laryngostenose verfahren? Die sehr ungünstige Prognose dieses Leidens ist nach Ansicht R.'s dadurch bedingt, dass die Indicatio morbi durch die Operation nicht erfüllt wird. Deshalb schlägt R. vor, die Laryngofissur zu machen und die Krankheit local zu behandeln. R. hat in einem Falle so operirt und unterhalb des linken Stimmbandes einen Fistelgang gefunden. Nach Spaltung des Ganges Extraction eines Sequesters von 5 Qu.-Mm., Tamponade und Heilung in 5 Wochen mit leichter Rauhigkeit der Stimme.

(Dieses Verfahren ist schon von Tschudnowski, Prat. kawk med. obsch., 1887, No. 12 proponirt worden. Ref.) LUNIN.

# IV. Briefkasten.

## Personalia.

Dem Centralblatt steht ein schwerer Verlust bevor. Wir bedauern auf's Tiefste, unseren Lesern die Mittheilung machen zu müssen, dass Prof. B. Fränkel mit dieser Nummer aus der Zahl unserer ständigen Mitarbeiter scheidet. Die stetige Zunahme anderweitiger Pflichten erlaubt es ihm nicht mehr, wie er uns mittheilt, seinen Verpflichtungen gegen das Centralblatt mit der nöthigen Regelmässigkeit nachzukommen, und er hat sich unter diesen Umständen verpflichtet gefühlt, die ihm lieb gewordene Verbindung zu seinem eigenen Bedauern zu lösen.

Wir brauchen nicht zu sagen, wie lebhaft wir dieses Bedauern theilen. Prof. Fränkel hat seit dem Bestehen des Centralblattes demselben mit That und Rath zur Seite gestanden und auf's Wesentlichste zu seinem Aufblühen beigetragen. So sehen wir ihn schweren Herzens aus dem Kreise unserer ständigen Mitarbeiter scheiden.

Wir fühlten aber, dass wir seinen Gründen nichts Triftiges entgegensetzen konnten und haben seiner dringenden Bitte nachkommend seine Resignation acceptirt. Es erübrigt nur, ihm unseren herzlichsten Dank für seine mühevolle Thätigkeit und gleichzeitig die Hoffnung auszusprechen, dass er dem Blatte sein Interesse bewahren wird —

An seiner Stelle ist Stabsarzt Dr. Landgraf in die Zahl der ständigen Mitarbeiter eingetreten, und befinden sich somit die einschlägigen Referate dauernd in bewährten Händen.

---

## 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg.

Als Einführender der Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie der vom 17. bis 23. September cr. in Heidelberg tagenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte erlaube ich mir die Fachgenossen zur Theilnahme an den Berathungen dieser Abtheilung und zur Abhaltung von Vorträgen ergebenst einzuladen. Eine frühzeitige Anmeldung der letzteren ist höchst erwünscht.

Prof. Dr. A. Jurasz,
Heidelberg, Bergheimerstr. 26.

---

## „Nicht zugängliche" Arbeiten.

In dieser, wie in den nächsten Nummern werden unsere Leser eine ganze Zahl von Arbeiten mit obigen zwei Worten abgethan finden. Wir können nur nachdrücklich auf die einschlägigen Bemerkungen im Briefkasten der Märznummer des Jahres 1887 (III. p. 418) verweisen, und die Autoren auf's Neue um Einsendung von Separatabdrücken an die Mitarbeiter bitten.

---

## Berichtigung.

Herr Dr. Suchannek in Zürich schreibt uns, dass die von den „Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx" (Januar 1889, p. 50) gebrachte und von uns im Briefkasten der letzten Mainummer reproducirte Mittheilung von seiner Ernennung zum ausserordentlichen Professor der Laryngologie an der Universität Zürich der Begründung entbehrt. — Wir bedauern die irrige Mittheilung in gutem Glauben weiter verbreitet zu haben und berichtigen sie so schnell als möglich.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Prospect.

Im October d. J. erscheint:

# MEDICINAL-KALENDER

für den

## Preussischen Staat

## auf das Jahr 1890.

**Mit Genehmigung**

Sr. Excellenz des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten

**und mit Benutzung der Ministerial-Acten.**



**Erste Abtheilung:** Geschäfts-Kalender — Heilapparat; Verordnungslehre — Diagnostisches Nachschlagebuch.

Herausgegeben von

**Dr. A. Wernich,**

Regierungs- und Medicinal-Rath in Köslin.

**Zweite Abtheilung:** Gesetze und Verfügungen. — Die Personalien des Civil- und Militair-Medicinal-Wesens **des gesammten Deutschen Reiches** mit alphabetischem Namen-Register.

Zwei Theile. (I. als Taschenbuch elegant in Leder gebd., mit Bleistift, II. brochirt.) Preis 4 **Mark** 50.

do. (I. desgl. mit Papier durchschossen. Preis 5 **Mark.**)

Mit dem Jahre 1890 erreicht der Preussische Medicinal-Kalender seinen 40. Jahrgang. Der I. Theil (Geschäftskalender — Heilapparat; Verordnungslehre — Diagnostisches Nachschlagebuch) ist wiederum an allen Stellen, welche eine Erweiterung zulassen, zweckentsprechend bereichert worden, so durch die sämmtlichen Aerzten so willkommene

kapitelmässige Uebersicht der „Anstaltstherapie“ unter Beibehaltung der das Nachschlagen in hohem Maasse erleichternden, alphabetischen Reihenfolge; ferner durch den für gerichtsärztliche Zwecke so erwünschten neuen Abschnitt über „spektroskopische Blutuntersuchungen“ und die sorgfältigste Durcharbeitung seines Abschnittes über „Kurorte und Bäder“, der trotz der wechselvollen und an Schwierigkeiten überreichen Materie, über die Schicksale der Orte, wie über die Bewegungen unter den Aerzten die besten Orientirungsquellen zu bieten im Stande ist. Als Ganzes ist jedoch gerade dieser Theil bestimmt für einen ruhigen und gründlichen Ausbau des in so reicher Fülle dargebotenen Materials, so dass seine einzelnen Kapitel (mit Unterlassung aller experimentirenden Künstelei) ihrem wesentlichen Gehalt nach die nämlichen bleiben und auch stets in der Reihenfolge aufzufinden sein sollen, welche ihnen durch das praktische Bedürfniss und eine streng logische Prüfung einmal angewiesen worden ist. Das Volumen dieses Theils wird auch in diesem Jahr 4½ Bogen nicht überschreiten, und zwar ohne irgend welcher Beihefte etc. zu benöthigen.

Die für den Personaltheil hochwichtigen Umgestaltungen, welche ihn zu einem keine Antwort schuldig bleibenden Lexikon für die gesammte deutsche Aerztewelt erhoben haben, sind dem Kalender bereits seit 1888 zu Theil geworden. Nach sorgfältigster Vorbereitung, unterstützt von den besten Kräften in den einzelnen Ländern, waren wir in der Lage, eine völlig authentische Darstellung des Medicinalwesens sämmtlicher Deutschen Einzelstaaten, sowie deren Aerzte-Verzeichnisse unserem Kalender einzuverleiben, und ist seitens aller Betheiligten auf die Herstellung und Revision dieser Personalverzeichnisse die grösste Sorgfalt verwandt. Zur schnelleren Orientirung dient ein ausführliches, das **gesammte deutsche Aerztepersonal** umfassendes Namenregister. Die Zusammenstellung sämmtlicher Städte nebst Angabe der Bevölkerung, der Zahl der Aerzte und Apotheken in denselben ist von Grund aus neu hergestellt, und einerseits für Preussen, andererseits für die Deutschen Einzelstaaten bearbeitet worden. Es bringt sonach dieser Theil nunmehr die Zusammenstellung der Deutschen medicinischen Facultäten mit ihren Lehrkräften, die Rang- und Anciennetätslisten des gesammten Deutschen Sanitäts-Officier-Corps, die Verwaltungs-Organisation des Civil-Medicinalwesens in allen Deutschen Staaten mit den angeschlossenen Uebersichten über die Vertheilung der Aerzte und Zahnärzte, das Namensverzeichniss der Apotheker nach Vertheilung, Wohnsitz und Approbationsjahr.

Abgesehen davon, dass in dieser Vollständigkeit die Uebersicht des Heilpersonals in Deutschland noch niemals und durch kein ander-

weitiges Unternehmen erreicht worden ist, beweist die Ausgabe beider Kalendertheile — also auch des Personaltheiles — bereits im October, dass unser Kalender in Folge der Herstellung aus direct den amtlichen Quellen entstammendem Material in keiner Abhängigkeit von anderweitigen Unternehmungen steht.

Zu Bestellungen auf den Medicinal-Kalender, die von allen Buchhandlungen angenommen werden, bitten wir sich des angefügten Bestellzettels zu bedienen.

Berlin, im Juni 1889.

**August Hirschwald**
Verlagsbuchhandlung.
**Berlin N.W., Unter den Linden 68.**

## Bestell-Zettel.

Unterzeichneter bestellt hiermit bei der Buchhandlung

.................................................................................................

........ **Medicinal-Kalender** f. d. preuss. Staat auf das Jahr **1890.**
(Verlag von August Hirschwald in Berlin.)
Zwei Theile. (I. Theil als Taschenbuch gebunden, II. Theil brochirt) à 4 Mark 50.

... do. do. I. Theil mit Papier durchschossen à 5 Mark.

Name: Ort:

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang VI. Berlin, August. 1889. No. 2.

## I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

### Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

5. J. Solis Cohen. April 1885. Der Patient war ein 64jähriger Mann. Seinen Angaben nach war er seit mehr als 20 Jahren heiser, und zwar sei die Heiserkeit das Resultat von Erkältungen etc. im Kriegsdienst (Mexico 1849, amerikanischer Bürgerkrieg 1861—1865) gewesen. „Eine Reihe kleiner, unregelmässiger, glatter Knötchen umgab die hinteren zwei Drittel, oder mehr, der Ränder der Stimmbänder und der dazwischenliegenden Interarytänoidfalte, und verengerte die Glottis beträchtlich. Der Patient gab an, dass in den letzten Jahren papilläre Geschwülste von Morell Mackenzie und von Elsberg entfernt worden seien" (sc. „aus seinem Kehlkopf" Herausgeber). Die Diagnose der Gutartigkeit war nur auf die laryngoskopische Untersuchung gegründet. Cohen fährt nun fort: „Ich lehnte intralaryngeale, operative Massnahmen ab, applicirte aber topische Adstringentien, um die begleitende Laryngitis zu mässigen, und drang auf prophylaktische Tracheotomie, welche jedoch verweigert wurde. Der Patient suchte anderwärts Hülfe und consultirte u. A. auch Seiler, welcher die Affection zu jener Zeit als epitheliomatös ansah; später (am 14. Juni) wurde die Tracheotomie, die dringlich nothwendig geworden war, von Park in Buffalo ausgeführt. Derselbe Chirurg nahm kurz darauf die totale Kehlkopfextirpation vor und liess nur die Epiglottis zurück. Der Patient erholte sich bemerkenswerth schnell und lebt noch jetzt in verhältnissmässigem Wohlbefinden. (Vgl. Park: Med. Press of Western New-York, Dec. 1885; Annals of Surgery. New-York, Januar 1886.) Die mikroskopische Untersuchung der intralaryngealen Geschwulstmasse erwies typische epitheliomatöse Structur (Park, l. c.)."

[Die Schwäche dieses Falles liegt vor Allem in dem Umstande, dass wir hinsichtlich seiner Vorgeschichte ausschliesslich auf die Angaben des Patienten angewiesen sind. Dieselben mögen ja richtig

sein, sind aber jedenfalls zu wenig authenticirt, um auf sie ein sicheres Urtheil zu bauen. — Worauf Cohen's eigene Diagnose der Gutartigkeit der Affection zu der Zeit, als er den Patienten zu Gesicht bekam, beruhte, ist nicht einleuchtend. Ganz abgesehen von dem Alter des Patienten (64 Jahre), entspricht seine eigene Beschreibung des Aussehens und des Sitzes der Neubildung (hintere Kehlkopfwand! Vgl. S. 202, V. Jahrg.) weit mehr einem bösartigen, als einem gutartigen Neugebilde. Auch haben wir seine eigene Aussage dafür, dass Seiler schon zu jener Zeit die Geschwulst für ein Cancroid hielt. — Der Fall muss wohl als ein äusserst zweifelhafter bezeichnet werden.]

6. Ch. Fauvel (Paris). Der folgende Fall, welchen Prof. Fauvel in seinem Beitrage zur Sammelforschung ausdrücklich als Beispiel einer Transformation nach intralaryngealer Operation in Anspruch nimmt, findet sich in seinem Werke „Traité Pratique des Maladies du Larynx etc., Paris 1876", ausführlich auf S. 317 u. ff. und S. 757 u. ff. beschrieben. Hinsichtlich der operativen Details etc. muss auf jene Beschreibung verwiesen werden. Hier werden nur die für die Transformationsfrage wichtigen Punkte eingehender geschildert werden.

Der Titel des Falles lautet, in Prof. Fauvel's eigenen Worten (S. 317): „Polyp (Sarcom) von der Grösse einer kleinen Bohne, von rundlicher Gestalt, mit breitem Stiel, ausgehend von der Mitte des freien Randes des rechten wahren Stimmbandes. Die Kranke kann nicht genau den Augenblick angeben, bis zu welchem die Stimmveränderung zurückdatirt. Seit neun Monaten fast vollständige Aphonie. Kein Fremdkörpergefühl im Halse, kein Husten, kein Schmerz. Entfernung des Tumors mit meiner Zange, Cauterisation mit Argentum nitricum in Substanz."

Dieser Titel, der gleichzeitig eine gedrängte Schilderung der wichtigsten Punkte des Falles und seines anfänglichen Verlaufes darstellt, braucht nur noch dahin vervollständigt zu werden, dass es sich um eine 42jährige Dame handelte, welche den Beobachter im Juli 1863 wegen ihrer Aphonie consultirte, dass die Beweglichkeit des Stimmbandes, dem die Geschwulst mit breiter Basis aufsass, anscheinend nicht gehindert war, und dass nach etwa einmonatlicher intralaryngealer, operativer und kaustischer Behandlung die Neubildung entfernt und die Stimme, wenn auch etwas rauh, wiederhergestellt wurde. Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung des Tumors wird wörtlich, wie folgt, angegeben: „Der Tumor, dessen Oberfläche roth und leicht granulirt war, war epithelialer Natur."

Im Februar 1866 consultirte die Kranke Prof. Fauvel auf's Neue. Der weitere Verlauf ist in dem genannten Werke separat (S. 757) unter folgendem Titel mitgetheilt: „Subglottischer Epithelialkrebs, dem drei Jahre früher, wie wir bereits gesehen haben (Beobachtung XXI, S. 317), die Entwicklung eines Polypen des rechten Stimmbandes vorherging, welchen wir zuerst [oder: „von vornherein" — der französische hier gebrauchte Ausdruck: „d'abord" lässt beide Uebersetzungen zu. Herausgeber.] für ein Sarcom angesehen haben und dessen epitheliale Natur uns das Mikroskop erwiesen hatte. Die Stimme und die

Athmung, die nach den von uns vorgenommenen Operationen für einige Zeit fast normal geworden waren, änderten sich von Neuem. Entfernungsversuche mit unserer Guillotine. Schnelle Entwicklung des subglottischen Tumors, welche zweimal seine Exstirpation mittelst der Laryngofissur nach vorgängiger Tracheotomie erforderlich machte. Nothwendigkeit, dauernd die Tracheotomiecanüle zu tragen. Infiltrirendes Fortschreiten des Krebses. Zerstörung der Kehlkopfknorpel und der vorderen Speiseröhrenwand. Starke Dysphagie. Wiederholte Blutungen. Tod an Erschöpfung am 9. December 1869. Die Kranke hatte uns zum ersten Male am 25. Juli 1863 consultirt. Obduction."

Zur Vervollständigung diene Folgendes: Die Kranke war ihren Angaben nach ein Jahr nach der Operation ganz frei von Halsbeschwerden gewesen; seit einigen Monaten aber war die Stimme wieder schwächer geworden und hatte sich die Athmung von Tag zu Tag verschlechtert. „Das Laryngoscop", so fährt Fauvel fort, „zeigt uns eine tracheale, rundliche, glatte, dunkelrothe Geschwulst, welche sich bei der Exspiration zwischen die Stimmbänder drängt und sie theilweise bedeckt. Die Stimmbänder sind weiss und klar, man sieht keine Spur von der Geschwulst. die ich operirt habe." — Nach zwei Monate lang fortgesetzten, vergeblichen intralaryngealen Entfernungsversuchen wurde schliesslich wegen steigender Athemnoth von Dr. Desormeaux in Gemeinschaft mit Prof. Fauvel die Tracheotomie vorgenommen, und an diese Operation sofort die Laryngofissur angeschlossen. Die Desormeaux'sche Beschreibung des Kehlkopfbefundes nach der Spaltung des Schildknorpels (ibid. p. 758) lautet: „Nach Auseinanderziehen der beiden Kehlkopfhälften konnte ich die Geschwulst sehen, welche ihren Ausgangspunkt von der rechten Seitenwand des Kehlkopfes unterhalb der Stimmbänder nahm, welche sie bedeckte, ohne ihnen zu adhäriren. Sie war fast sessil, und ihre Masse erstreckte sich über die untere Hälfte der rechten Schildknorpelhälfte. Ihre Farbe war weinroth, wie M. Fauvel uns das laryngoscopisch gezeigt hatte, ihre Consistenz nach ihrem Gipfel zu, an welchem sie warzenförmig war, fungös, nach der Basis zu festerer Natur." — Die Geschwulst wurde entfernt. Von einer mikroskopischen Untersuchung derselben ist nichts erwähnt. Die Stimme kehrte nach Verlauf einiger Wochen wieder. Sechs Monate später aber trat ein Recidiv an derselben Stelle ein, von welcher die Geschwulst durch die Laryngotomie entfernt war, und neun Monate nach der ersten Kehlkopfspaltung musste wegen wachsender Beschwerden, Blutungen etc. die Operation wiederholt werden. Diesmal wurde fast der ganze Kehlkopf von einer, der laryngotomisch entfernten gleichen Geschwulst angefüllt gefunden; aber auch diesmal noch (ibid. p. 759) „waren die Stimmbänder intact geblieben und zeigten ihr normales Aussehen". Nach der Operation kehrte die Stimme von neuem zeitweise wieder, sechs Monate später (November 1868) aber fing sie von neuem an, sich zu verschlechtern, es zeigten sich neue Vegetationen zwischen den Lippen der Stimmritze, die vergeblich geätzt wurden, die Geschwulst wuchs weiter und der im Titel (s. o.) geschilderte Endverlauf entsprach durchaus dem typischen Bilde des Kehlkopfkrebses. Wegen der Details muss auf das Original verwiesen werden. Am 9. December 1868 erlag die Kranke ihrem Leiden. Bei der Autopsie wurde das ganze Kehlkopfinnere von einer Masse der beschriebenen Natur ausgefüllt

gefunden, und nunmehr war auch von den Stimmbändern selbst keine Spur übrig geblieben. Weitere, für die uns beschäftigende Frage unwesentliche, Details werden hier übergangen. „Macroscopisch zeigte das pathologische Gewebe, ebenso wie das der primären Geschwulst („comme celui de la première tumeur") die Charaktere des Encephaloids; das Microscop aber demonstrirte die Elemente des Epithelialcancroids."

[Wenige Fälle der Sammelforschung dürften zu so weitgehenden Meinungsverschiedenheiten Anlass bieten, als der vorstehende. Einer 42jährigen Patientin wird ein, zunächst für ein „Sarcom" gehaltener breitbasiger Tumor vom freien Rande eines Stimmbandes intralaryngeal entfernt. Das Mikroskop erweist die „epitheliale Natur" der Geschwulst. Zweiundeinhalb Jahre später consultirt die Patientin den Operateur aufs Neue wegen Halsbeschwerden. Es findet sich wiederum eine Geschwulst im Kehlkopf. Diesmal aber sitzt dieselbe nicht an der Insertionsstelle der intralaryngeal entfernten Geschwulst, sondern tiefer, im subglottischen Raume. Die alte Insertionsstelle wird ausdrücklich (vgl. oben) als völlig normal bezeichnet: „Die Stimmbänder sind weiss und klar, man sieht keine Spur von der Geschwulst, die ich operirt habe." — Dieser Befund wird bei der zwei Monate später vorgenommenn Laryngofissur bestätigt (s. o.). Ja, als weitere sechs Monate nach dieser Operation ihre Wiederholung nothwendig wird, und nunmehr „fast der ganze Kehlkopf" von einer der erst entfernten ähnlichen Geschwulst angefüllt gefunden wird, zeigt sich noch immer das rechte Stimmband, d. h. die Ansatzstelle des intralaryngeal operirten Tumors „intact", und erst bei der wiederum sieben Monate später vorgenommenen Autopsie finden sich auch die Stimmbänder durch den inzwischen rapide vorgeschrittenen Process vollständig zerstört. Mit anderen Worten: Die alte Ansatzstelle der intralaryngeal operirten Geschwulst bleibt fast bis zum Ende von der bösartigen Neubildung verschont, und die Recidive der letzteren gehen stets von anderen Stellen aus als von dem Insertionspunkte der intralaryngeal entfernten Geschwulst!

Es entsteht hier sofort die Frage: Ist man unter solchen Umständen, d. h. wenn eine bösartige Neubildung nicht von der Insertionsstelle einer früher entfernten Geschwulst, sondern nur von deren Nachbarschaft ihren Ursprung nimmt, überhaupt berechtigt, von einer „Umwandlung" oder einem „Uebergange" einer früher gutartigen (über diesen Punkt, was den vorliegenden Fall betrifft, weiterhin mehr) in eine bösartige Geschwulst zu sprechen? — Der Auffassung des Herausgebers nach würde eine bejahende Antwort auf diese Frage vor allen Dingen gegen den Begriff der Worte „Umwandlung", „Uebergang", „Transformation", oder wie man den in Rede stehenden Vorgang immer bezeichnen will, verstossen, denn zu diesem Begriff gehört als unerlässliche Voraussetzung, dass vorher etwas dagewesen ist, das nun eben diese „Umwandlung" oder diesen „Uebergang"

eingeht. Wenn aber eine bösartige Geschwulst von einer Stelle ihren Ursprung nimmt, an der früher gar keine andere Geschwulst gesessen hat, so scheint es doch nicht erlaubt, nun von einer „Umwandlung" zu sprechen, weil früher einmal eine gutartige (in diesem Falle überdies nichts weniger als erwiesenermaassen gutartige) Geschwulst in ihrer Nachbarschaft gesessen hat? — Nun ist der Herausgeber sich zwar sehr klar darüber, dass man von gegnerischer Seite, speciell in dem vorliegenden Falle. in dem schliesslich doch die bösartige Neubildung ihren Ursprung in verhältnissmässiger Nähe der intralaryngeal entfernten Geschwulst nahm, obige Bedenken als spitzfindig bezeichnen könnte, eingegeben von dem Bestreben, um jeden Preis Schwächen an den eingesandten Fällen zu entdecken. Aber abgesehen davon, dass ihm ein solches Bestreben überhaupt durchaus fernliegt, hat er einen sehr gewichtigen Grund dafür, die in diesem Abschnitt angeregte Frage aufzuwerfen. Im vorliegenden Falle nämlich, wo sich der ganze Process anfänglich immerhin an einer und derselben Seite des Kehlkopfes abspielte, liegt ja, wie gern zugegeben werden soll, der Gedanke an eine Umbildung nahe genug, wenn auch die spätere bösartige Geschwulst nicht genau von der Insertionsstelle der primären Neubildung ausging. Nun hat aber College E. J. Moure in seinem Beitrage zur Sammelforschung einen anderen, ungemein interessanten Fall erwähnt [vergl. Tabelle No. 65, Jahrgang V, p. 447), in welchem sich ihm ein Kranker mit Epitheliom der einen Kehlkopfhälfte vorstellte, dem acht Jahre früher (!) der verstorbene College Krishaber einen Polypen von der anderen (!) Seite des Kehlkopfes entfernt hatte. Wie steht es nun mit diesem Falle? Wird auch der hartnäckigste Anhänger der Transformationstheorie es wagen, hier von einer „Umbildung" zu sprechen, wo acht Jahre nach der Operation die früher gesunde, entgegengesetzte Seite krebsig erkrankte? Und wenn nicht — wo will man die Grenze ziehen?

Die beiden, hier eben in Parallele gestellten Fälle geben in dieser Beziehung viel zu denken, und der Moure'sche bestätigt, wie es ihm scheint, in ganz hervorragendem Maasse die Ansicht des Herausgebers (vgl. pp. 133 u. 139), dass zum Zustandekommen derartiger Vorgänge, wie sie sich in ihm abgespielt haben, ausser den uns bekannten Factoren noch ein unbekannter, aber darum nicht weniger wichtiger, den er in Ermangelung eines besseren Namens mit dem Ausdruck „constitutionelle Veranlagung" bezeichnet hat, mitwirken muss.

Die Auffassung Fauvel's von einer stattgehabten Umwandlung in seinem Falle ist indessen noch von einer ganz anderen Seite als der eben besprochenen Bedenken ausgesetzt: Welches war denn die präcise Natur der erst (intralaryngeal) entfernten Neubildung? — Es ist sehr bedauerlich, dass in diesem, wie in verschiedenen anderen

Punkten der Beschreibung, manche Dunkelheiten unterlaufen und die hier ganz besonders nöthige Präcision und Ausführlichkeit fehlt.

Der Titel der ersten Beschreibung (vgl. oben) beginnt: „Polyp (Sarcom) . . . . . .“

Der Herausgeber muss bekennen, dass er nach der gegebenen Beschreibung nicht recht sieht, worauf sich diese klinische Diagnose gründete. Die gegebene Schilderung der Neubildung passt ebensogut auf ein sessiles Fibrom. Jedenfalls aber geht aus dem Titel hervor, dass ein so erfahrener Beobachter, wie Fauvel, selbst von Anfang an die primäre Geschwulst klinisch als eine bösartige ansah. — Nun wird nach deren Entfernung ihre mikroskopische Untersuchung vorgenommen. Leider bekommen wir aber von derselben nichts weiter zu hören, als dass das Mikroskop die „epitheliale Natur“ der Neubildung gezeigt habe. Ein „Sarcom“ also war sie jedenfalls nicht. Was war sie denn nun aber, genau definirt? Gerade über diesen Punkt wären für die uns beschäftigende Frage Aufschlüsse von der höchsten Wichtigkeit gewesen. Wie die Sache jetzt liegt, sind wir nur auf Vermuthungen angewiesen und da will der Herausgeber nicht anstehen, zu bekennen, dass er nach Fauvel's eigener Beschreibung den starken Verdacht hegt, es habe sich in diesem Falle von Anfang an um eine bösartige epitheliale Geschwulst, mit anderen Worten: um einen Epithelkrebs gehandelt, der allerdings vollständig exstirpirt wurde und darum auch keine Recidive in loco machte, aus dem aber schon vor seiner Exstirpation krebsige Elemente ausgewandert waren, die Regio subglottica derselben Seite inficirt hatten, aber eine Zeit lang latent geblieben waren und erst nach Ablauf eines Jahres zum Ausbruch des geschilderten metastatischen Recidivs geführt hatten. Ein derartiger Vorgang, wie er sich beim Mammakrebs mit Infection der Achseldrüsen jeden Tag abspielt, würde den ganzen Verlauf des Falles auf das Befriedigendste erklären.

Jedenfalls wird der Fall, soweit die Frage der Umbildung betroffen ist, als durchaus zweifelhaft bezeichnet werden müssen.]

8. W. Glasgow (St. Louis). Der Patient war ein 45jähriger Mann, welcher angab, dass die Geschwulst etwa drei Jahre früher aufgetreten sei. „Der Kehlkopf war zum grössten Theile mit gelappten, weisslichen, papillomatösen Geschwülsten angefüllt. Nur im knorpeligen Theile der Glottis fand sich eine Oeffnung von der Grösse einer starken Gansfeder.“

Die Diagnose der Gutartigkeit gründete sich nur auf das laryngoskopische Bild, nicht auf mikroskopische Untersuchung, da weder vor, noch nach der intralaryngealen Operation ein Verdacht auf Bösartigkeit der Geschwulst aufstieg. Die Neubildung wurde zum bei weitem grössten Theile mit einer Modification der Schroetter'schen Zange entfernt, die Basis mit Argentum nitricum geätzt. — Der Patient entzog sich indessen der Behandlung, als erst etwa drei Viertel der Geschwulst entfernt worden waren und seine Athmung vollständig frei geworden war. Etwa ein Jahr später stellte er sich mit heftiger Dyspnoë wieder vor, die

Neubildung war nachgewachsen und füllte fast den ganzen Kehlkopf aus. Glasgow konnte ihm nur eine Sitzung geben, entfernte jedoch in derselben genügende Mengen der Geschwulst, um die Athmung wieder frei zu machen. Der in einer entfernten Stadt lebende Patient versprach in einem Monat zurückzukehren, hielt aber sein Versprechen nicht, und erst sechs Monate später erfuhr der Operateur, dass er gestorben sei. Weitere Details konnte er nicht in Erfahrung bringen. — Der Vermuthung der „möglichen Bösartigkeit" gründete College Glasgow „einfach auf die Thatsache des rapiden und wuchernden Wiederwachsthums und die weichere Beschaffenheit und das weissere Aussehen" des bei der letzten Untersuchung vorgefundenen Neugebildes.

[Es bedarf nach den allgemeinen Ausführungen des IV. Abschnittes hier keiner eingehenderen Auseinandersetzungen, um zu zeigen, dass dieser Fall, der von dem Beobachter selbst zu wiederholten Malen als zweifelhaft bezeichnet wird, wahrscheinlich nicht in die Categorie der Umbildungen gehört. — Es kann sich, wie im ersten Solis Cohen-schen Fall (vgl. diesen Abschnitt, Fall 2), ebensowohl um eine gutartige Neubildung gehandelt haben, die überhaupt nie bösartig geworden ist, wie um eine primär bösartige, die unter dem Bilde eines multiplen Papilloms verlaufen ist. Die erstere Möglichkeit ist freilich die bei Weitem wahrscheinlichere. Das rapide Wiederwachsthum der Geschwulst, die weissere Farbe und weichere Beschaffenheit des Recidivs reichen selbstverständlich nicht aus, um auf sie die Diagnose einer stattgehabten Umwandlung zu begründen, und was den bald nach der letzten Operation erfolgten Tod des Patienten anbetrifft, so kann derselbe ebensowohl an seinem Papillom erstickt, wie an einer intercurrenten Krankheit zu Grunde gegangen sein. — Jedenfalls ist der Fall im höchsten Grade zweifelhaft.]

8. J. Gurowitsch (Odessa). Patient war ein 51jähriger Mann, der drei Monate heiser gewesen war, ehe er sich zur Untersuchung stellte. „Entlang dem linken wahren Stimmband fand sich eine aus einigen Warzen bestehende, wenig prominente, faltenreiche Geschwulst." Es wurden Fragmente derselben mit der Zange entfernt. Die mikroscopische Untersuchung derselben (zweimal vom Beobachter an Zerzupfungs- und Schnittpräparaten vorgenommen) zeigte nur gewöhnliches Bindewebe, keine Spur von Epithelialzellen. Zwei Monate nach der Entfernung erfolgte ein — nach der Ansicht des Beobachters — gutartiges, und nur zwei Wochen nach der Entfernung desselben ein bösartiges Recidiv. Beide Recidive gingen von der Ansatzstelle der ursprünglichen Neubildung (linkes Stimmband) aus und schon nach einem Monat verbreitete sich das bösartige Recidiv auf fast den ganzen Kehlkopf. Das Mikroskop zeigte Fragmente dieser Geschwulst als aus vieleckigen Pflasterepithelzellen mit spärlich zerstreutem Bindegewebe bestehend.

Ueber den weiteren Verlauf des Falles schreibt College Gurowitsch:

[Der Kranke war mir zum Zweck der Diagnose von einem Collegen zugesendet. Ein Specialarzt stellte schon die Diagnose Parese des linken Stimmbandes. Meine Diagnose lautet — nach mikroskopischer Untersuchung — gut-

artige Umbildung (Papillom) des linken Stimmbandes. Der Kranke klagte über Heiserkeit und erschwertes Athmen (Emphysem). Nach einigen Sitzungen reiste er mit heiserer Stimme, von der Geschwulst befreit, fort. Zu Ende Juli abermals Zangenoperationen mit demselben Resultat. In der Mitte August kehrte er schon in verschlimmertem Zustand zurück. Die Neubildung hat ein blumenkohlartiges Aussehen und verbreitet sich vom vorderen Winkel der Stimmbänder auf die ganze linke Larynxhälfte. Einen Monat später, 10. September, blieb vom ganzen Larynx nur die rechte hintere Hälfte frei, daselbst ein erbsengrosses Lumen. Sogar jetzt keine Drüsen, kein Foetor. Schmerz beim Drücken auf die linke Thyreoidplatte; 18. September stenotisches Athmen; 19. September Tracheotomie unter Narcose (Beobachter); 26. September die Haut über dem Larynx phlegmonös entzündet. Die Schwellung verändert sich allmälig; am 28. September kam eine grosse Quantität Eiter aus der Tracheotomiewunde (widerlicher Geruch, wie Knocheneiter). Beim Sondiren vom oberen Rande der Tracheotomiewunde: ein Gang unter der Haut nach links und oben zur linken Platte des Thyreoidknorpels; der zweite geht 2 bis 3 Ctm. in die Tiefe, bis er auf Knorpel dringt (Cricoidknorpel?). Abendtemperatur 38—38,5, Morgentemperatur 37—37,5. Da das Schlingen sehr erschwert war (chronisch-ödematöse Infiltration der Schleimhaut der Cart. arytaenoid. und Lig. ary-epiglottica), so schlug ich ihm die Laryngofissur vor, in die er einwilligte. 9. November Laryngofissur mit Paquelin. Der ganze Larynx deformirt, alles ausgefüllt von der Neubildung. Man unterscheidet keine Stimmbänder, keine Ventrikel. Alles ausgebrannt mit Paquelin. Am 14. November zeigten mikroskopische Schnittpräparate Züge grosser, flacher Epithelialzellen zwischen sparsamem Bindegewebe, die sich in Perlknoten gruppiren.

Der Cancer occultus in einen Cancer apertus verwandelt. Das erleichterte das Sauberhalten und die Subjectivsymptome: Schmerz, Schlingen etc. Zwei Monate später erlag er seinem Leiden. Die Autopsie verweigert."

[Die Lectüre dieses Falles erinnerte den Herausgeber so lebhaft an den von ihm selbst beobachteten, in der Sammelforschung (p. 134, erster Fall, p. 124 ausführlich) erwähnten Fall des Mr. M. W., sowohl was das laryngoscopische Bild, als auch was die anfänglich negativen Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung anbetraf, dass er sich erlaubte, Collegen Gurowitsch einen Separatabdruck seines Berichtes über den genannten Fall mit der Bitte zuzuschicken, denselben zu durchlesen und ihn wissen zu lassen, ob er es nicht nach der Lectüre dieses Falles für wahrscheinlicher halte, dass es sich auch in seinem eigenen Falle um eine von vornherein bösartige Neubildung mit papillären Excrescenzen in der Peripherie gehandelt habe, statt anzunehmen, dass sich im Laufe von kaum 3 Monaten aus einer erst seit ganz kurzer Zeit bestehenden, vermuthlich gutartigen Geschwulst, deren laryngoskopisches Aussehen jedoch ausserdem den Verdacht auf Bösartigkeit a priori nahe lege (vgl. p. 203, 204) — eine bösartige entwickelt habe? — College Gurowitsch antwortete hierauf: „Mit Ihren

Auseinandersetzungen bin ich vollkommen einverstanden. Ihr mir schon, aber nicht so detaillirt, bekannter Fall ähnelt wirklich dem meinigen, nur leider nicht dem Ausgange nach . . . ." — Es wird hiernach auch dieser Fall als äusserst zweifelhaft, wenn überhaupt hierhergehörig bezeichnet werden müssen.]

(Fortsetzung folgt.)

---

# II. Referate.

## a. Allgemeines, äusserer Hals.

1) W. J. Penny (Bristol). **Bericht über die Poliklinik. (Notes from the out patient departement.)** *Bristol med.-chir. Journal. März 1888.*

Unter den berichteten Fällen findet sich einer von brauner, warziger Geschwulst der Zunge bei einem 42jährigen syphilitischen Mann, zusammen mit leucomatösen Flecken. Beides verschwand sehr schnell unter einer Quecksilberbehandlung.

Ein anderer Fall zeigte schmerzhafte Spalten- und Geschwürsbildung an der Zunge bei einem 48jährigen Mann; derselbe heilte unter der gleichen Behandlung.

Es sind noch andere Fälle berichtet, die mehr oder weniger in Beziehung zu unserem Fach stehen. A. E. GARROD.

2) F. Brunetti (Venedig). **Bericht über die Otologie, Laryngologie etc. (Revista di otoiatria, laringologia etc.)** *Giornale Veneto ecc. 1888.*

Nichts Neues. CARDONE.

3) E. de Rossi (Rom). **Bericht über die chirurgische Specialklinik: Rhino-laryngoskopie etc. (Saggi di Clinica speciale chirurgica ecc.)** Typ Pallotta, Rome. 1888.

Verf. berichtet, dass während des Jahres 1886/87 267 Kranke behandelt wurden. Keinerlei Detailangaben. CARDONE.

4) Sheffield. **Medicinisch-Chirurgische Gesellschaft. (Sheffield Medico-Chirurgical Society.)** *Brit. Med. Journal. 1. Dec. 1888.*

Dr. Porter stellte einen Fall von Basedow'scher Krankheit vor.

Dr. S. White las einen Bericht vor über einen Fall von Tracheotomie bei membranösem Croup. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

5) Rud. Arndt (Greifswald). **Zur Lehre von den Fistulae colli congenitae.** *Berl. klinische Wochenschr. No. 37. 1888.*

Bei einem schwachsinnigen Manne von $18^1/_2$ Jahren fanden sich neben einer

Fistula lateralis eine Fistula colli congenita mediana. Letztere erklärt A. im atavistischen Sinne als ein Ueberbleibsel der Hypobranchialrinne.

B. FRAENKEL.

6) **Hennes. Congenitale Tumoren des Halses.** *Archiv für Kinderheilkunde. IX. 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

7) **C. R. B. Keetley** (London). **Grosse Balggeschwulst des Halses, nach einer neuen Methode behandelt. (Large wen in the neck, treated by a new method.)** *Brit. Med. Journal. 14. April 1888.*

Vortrag, am 6. April 1888 vor der West London Medico-Chirurgical Society gehalten. Die neue Methode besteht in der Resection eines Theiles des Balges, Entfernung des Inhalts, Reinigung des übrig bleibenden Theils der Cystenwand mit Carbolsäure, Sublimat und Borsäure. Vernähung der Ränder des Balges in die Hautwunde und Tamponade der Höhle mit Jodoformgaze. Der Hals und Kopf des Patienten sind durch einen poroplastischen Verband zu fixiren. In einem so behandelten Falle war im Laufe eines Monats fast völlige Heilung erfolgt.

SEMON.

8) **Princeteau** (Bordeaux). **Angeborene suprahyoideale Cyste. (Kyste congénital sus-hyoïdien.)** Soc. d'anat. et de physiol. in: *Journ. de med. de Bordeaux. 28. Oct. 1888.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

9) **Gougouenheim** und **Périn. Cyste der Regio subhyoidea, Deviation des Kehlkopfes, Störungen der Sprache und Athmung. (Kyste de la région sous-hyoïdienne, déviation du larynx, troubles de la voix et de la respiration.)** *Annales des malad. de l'oreille du larynx. 4. April 1888.*

Der Titel zeigt, wovon die Rede ist. E. J. MOURE

10) **Selenkow** (Petersburg). **Ein Fall von Blutcyste des Halses.** Sitzungsbericht der Gesellschaft russischer Aerzte in Petersburg. *Petersb. med. Wochenschr. No. 10. 1888.*

Eine derbe, bewegliche apfelgrosse Geschwulst auf der linken Seite des Halses bei einem 79jährigen Paralytiker. Die Geschwulst sitzt hinter und unter dem linken Unterkieferwinkel. Die Punction ergiebt klare blutige Flüssigkeit, die Cyste füllt sich in 2 Tagen von Neuem. Patient stirbt an Herzschwäche. Section: Die Cyste besteht aus 2 Theilen, einer grösseren glattwandigen, mit Endothel ausgekleideten, und einer kleinen unebenen, mit kurzem Cylinder-Epithel ausgekleideten. Die Cyste war also aus einem versprengten Theil der Schilddrüse entstanden. LUNIN.

11) **Dressel** (Hildburghausen). **Beitrag zur Geschichte der Fistula bursae subhyoideae.** Inaugural-Dissertation. Würzburg. 1888.

Der beschriebene Fall betrifft ein 18jähriges Mädchen, bei welchem eine verschiedenen operativen Eingriffen Widerstand leistende Fistel in der Regio

subhyoidea bestand. Die Untersuchung eines excidirten Stückes des Fistelganges ergab mit grosser Wahrscheinlichkeit, dass es sich um die Fistel eines cystisch entarteten nichtobliterirten Ductus thyreoideus handelte. SEIFERT.

12) **Dennetières. Multiple Lymphadenome der Halsgegend. (Lymphadénomes multiples de la région du cou.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. 6. Juli 1888.*

Bei einem 45jährigen Manne ohne pathologische Antecedentien hat Verf. einen umfangreichen Tumor unterhalb des linken Unterkiefers entfernt. Die microscopische Untersuchung bestätigte die drüsige Natur der Geschwulst. Ein Recidiv ist nicht eingetreten. E. J. MOURE.

13) **A. Berti (Modena). Multiple Adenome der rechten Cervicalgegend. (Adenomi multipli della regione cervicale destra.)** *La Rassegna. September 1888.*

Nichts Neues. F. CARDONE.

14) **Wm. Knight Treves (Margate). Ueber die Behandlung von Massen scrophulöser Drüsen mittelst Ausschneidens. (On the treatment by excision of masses of scrophulous glands.)** *Lancet. 24. Juli 1888.*

Nachdem T. die unbefriedigenden Resultate besprochen hat, die man durch medicamentöse Behandlung und durch Ausschneiden der erweichten Theile nebst Auskratzung bei verkästen Drüsen erhält, empfiehlt er ihre Entfernung durch die Excision, sobald sie einen beträchtlichen Umfang erlangt haben.

Die Entfernung soll nur durch Präparirung geschehen. Sobald man bis zur Kapsel gelangt ist, soll das Bindegewebe sorgfältig abpräparirt werden; das Messer darf niemals von der Oberfläche der Kapsel abgehen. Sobald die vordere Fläche genügend freigelegt ist, soll ein dicker Draht durch die Drüse geführt werden, welche auf diese Weise bequem vorwärts gezogen werden kann. Indem man nun hinten die Präparirung fortsetzt, kann die Masse stückweise entfernt werden. In einigen wenigen Fällen kann es nothwendig sein, die Vena jugul. externa, oder einen Theil des Sternomastoideus zu spalten.

Um die Folgen parenchymatöser Blutung zu vermeiden, sollen die Hautlappen nicht genäht werden. Sie sollen sich den darunter befindlichen Geweben anpassen, indem sie durch Bäusche von antiseptischer Watte unterstützt werden. Beim Verband muss strenge Antisepsis beobachtet werden. Der Kopf wird durch Sandkissen in der richtigen Lage erhalten und nur flüssige Nahrung gereicht, um Kaubewegungen zu vermeiden. T. macht Mittheilungen über 9 Fälle, die er operirt hat. A. E. GARROD.

15) **R. Jouliard. Krebs der Glandula submaxillaris. (Du Cancer de la glande sousmaxillaire.)** *L'union médicale. 29. Mai 1888.*

Man sieht sowohl Sarcome, wie Carcinome und Epitheliom der Glandula submaxillaris.

Die rein locale Natur des Krebses ist die Regel; es giebt keine charakteristischen Symptome für ihn; häufig sind es die eines benignen Tumors. Eine Allgemeinerkrankung schliesst sich nur ausnahmsweise an; die Diagnose ist schwierig. Stets ist die Geschwulst in der Regio submaxillaris zu exstirpiren.

E. J. MOURE.

16) **Bond. Chirurgie der Parotis. (Surgery of the Parotid gland.)** *Brit. Med. Journal. 24. November 1888.*

Dr. Bond machte in der Leicester Med. Soc. einige Bemerkungen über 2 Fälle, in denen er Sarcome der Parotis mit Erfolg entfernt hat. Bei einem 68jährigen Manne entfernte er die ganze Drüse, Theile wichtiger Gefässe und den Ductus Stenonianus mit dem Nervus facialis. Die folgende Gesichtslähmung brachte keine grossen Unzuträglichkeiten mit sich. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

17) **Lamarque. Chondrosarcom der Parotis. (Chondrosarcome de la parotide.)** Société anat. de Bordeaux in: *Journal de méd. de Bordeaux. 1. Juli 1888.*

Der von Demons abgetragene Tumor wog 1 kg. Die Ausschälung war leicht. E. J. MOURE.

18) **Richet. Drüsentumor innerhalb und ausserhalb der Parotis. (Tumeur ganglionnare intra- et extra-parotidienne.** (Klinische Vorlesung.) *Gazette des hôpitaux. 27. Novbr. 1888.*



Richet berichtet die Geschichte seines Kranken und beschreibt die Dimensionen, die Form und den Sitz des Tumors. Durch Exclusion kommt er zur Diagnose einer Drüsengeschwulst innerhalb und ausserhalb der Parotis mit partieller käsiger Degeneration. Er hat mehrmals Fälle dieser Art und stets mit Erfolg operirt. E. J. MOURE.

19) **Verneuil (Paris). Adenophlegmone suprahyoidea und Periostitis des Unterkiefers. (Adénophlegmon sushyoidien et périostite du maxillaire inférieur.)** *Bullet. méd. 2. Mai 1888.*

V. hält eine klinische Vorlesung über diesen Gegenstand. Nichts Neues. E. J. MOURE.

20) **Trélat. Epitheliomatöser Tumor des Unterkiefers. (Tumeur épitheliomateuse de la machoire inférieure.)** *Gaz. des hôp. 14. Juni 1888.*

Es handelt sich um einen 56jährigen Mann, der operirt wurde und dessen Geschichte T. in seiner Klinik mittheilt. Die histologische Untersuchung war von Dr. Latteux gemacht worden. E. J. MOURE.

21) **Wacquez. Recidiv eines enormen Tumors, welcher die Gegend des Unterkiefers und unterhalb des Zungenbeines, sowie die Schläfen-, Parotis- und Jochbeingruben einnahm und sich auf das Gaumensegel erstreckte. Exstirpation, Heilung. (Enorme tumeur recidiv occupant la région du maxillaire inférieur, la région sous-hyoidienne, les fosses temporales, parotidienne et zygomatique s'avançant jusqu'au voile du palais. Ablation, guérison.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. 20. August 1888.*

Es handelte sich um ein Sarcom bei einem Patienten, der bereits 4 mal vorher operirt worden war. E. J. MOURE.

22) **Heurtaux. Sarcom des Unterkiefers. (Sarcoma du maxillaire inférieur.)** Soc. anat. de Nantes in: *Gaz. méd. de Nantes. 9. April 1888.*

H. zeigt die Präparate, die von einem 25jährigen jungen Mann herstammen. E. J. MOURE.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

23) **F. Cardone** (Neapel). **Beitrag zur parasitären Natur des acuten Schnupfens. (Contributo alla natura parassitaria della corizza acuta.)** *Archiv. Ital. di Laringologia an VIII. 3. Juli 1888.*

In Erwägung aller Symptome des acuten Schnupfens gelangt C. zu dem Schluss, dass Coryza ein pathologischer Vorgang ist analog der Pneumonie. C. hat den Ausfluss bei Coryza bacteriologisch untersucht und zeigt die Anwesenheit des Fränkel'schen Diplococcus und des Friedländer'schen Pneumococcus.

Schliesslich stellt der Autor einige ätiologische und therapeutische Betrachtungen an und setzt den Schnupfen in Beziehung zur Otitis media, zur infectiösen Mandelentzündung u. a. m. AUTOREFERAT.

24) **Gaucher. Epistaxis als Vorbote bei Nephritis interstitialis. (Epistaxis prémonitoires de la néphrite interstitielle.)** *Union médicale. 26. Juni 1888.*

Bei einem Kranken, der an häufigem Nasenbluten litt, machte Verf. eine Untersuchung des Urins und fand Eiweiss. Die Blutungen und die Albuminurie schwanden bei einem Milchrégime. Eine Urinuntersuchung sollte in Fällen von abundantem und häufigem Nasenbluten stets angestellt werden. E. J. MOURE.

25) **B. C. A. Windle** (Birmingham). **Persönliche Erfahrungen über Heufieber. (A personal experience of Hay-fever.)** *Birmingham Review. December 1888.*

Nichts Neues. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

26) **Wm. S. Paget** (Great Crosby). **Therapie des Heufiebers. (Therapeutics of Hay-fever.)** *Brit. Med. Journ. 28. Juli 1888.*

Paget ist der Ansicht, dass die frühesten Symptome an der Conjunctiva sich zeigen; er empfiehlt eine frühe Behandlung dieser Theile mit Cocaïn.

A. E. GARROD.

27) **J. M. W. Kitchen. Beitrag zum Studium des Heufiebers. (A contribution to the study of Hay-fever.)** *New York Med. Record. 1. December 1888.*

Kitchen schliesst zusammenfassend, dass ein Individuum empfänglich sein kann für Attaken von Heufieber:

1. wegen localer nasaler und benachbarter Hyperästhesie plus localisirter normaler centraler Reizbarkeit ohne neurotische Erscheinungen;
2. wegen localer hyperästhetischer Verhältnisse bei allgemeiner Reizbarkeit nicht neurotischen Charakters;
3. wegen localer Hyperästhesie bei allgemeinen neurotischen Verhältnissen;
4. wegen normaler localer Verwundbarkeit der Gewebe bei abnormen Zuständen des Nervensystems im Allgemeinen;
5. wegen allgemeiner Hyperästhesie, centraler wie peripherer (selten);
6. (möglicherweise) wegen peripherer Hyperästhesie bei localisirter centraler neurotischer Anlage.

Weiterhin kommt er zu dem Schlusse, dass es eine unwissenschaftliche

Nomenclatur ist, catarrhalische Attaken bei nervösen Personen, die durch Reflexwirkung oder andere Ursachen, als die in der Luft vertheilten als Reiz wirkenden Pollen, hervorgerufen sind, selbst wenn sie solchen Kranken begegnen, die oft an Heufieber leiden, als Heufieber zu bezeichnen. LEFFERTS.

28) Franck. **Von der Nase ausgehende Reflexe. (Des réflexes d'origine nasale.)** Société de biologie, Paris, Sitzung vom 1. December 1888.

Redner konnte das Eintreten vasomotorischer Erscheinungen nach Reizung der Riech-Schleimhaut constatiren. In der That bildet sich auf der entsprechenden Seite eine Röthung des Gesichts und eine Temperatursteigerung aus, die durch Gefässerweiterung bedingt sind; zu gleicher Zeit bemerkt man ein Geringerwerden der arteriellen Spannung. Die centripetale Bahn dieser Reflexe wird durch alle Zweige des Trigeminus, welche sich in die Riechschleimhaut begeben, dargestellt.

Brown-Séquard fragt Herrn Franck, ob er auseinandersetzen könne, auf welche Weise der Niessact nach Lichteindrücken vor sich gehe. Handle es sich um einen Reflex, der seinen Ausgangspunkt im Auge habe, oder um eine directe Wirkung auf die Riechschleimhaut.

Franck glaubt, dass es sich um eine Reizung des Ciliarnerven handle.

E. J. MOURE.

29) R. Hingston Fox (London). **Nasencatarrh und Aprosexie. (Nasal Catarrh and Aprosexia.)** *Lancet. 12. Mai 1888.*

F. bestätigt die Beobachtung Guye's, dass sich in manchen Fällen mit Catarrh der Nase geistige Mattigkeit combinirt. A. E. GARROD.

30) H. Foster. **Verstopfung der Nase als Ursache der Nervosität; Bericht über derartige Fälle. (Obstruction of the Nares causing nervousness with report of cases.)** *Kansas city medical Index. December 1888.*

Bericht über 3 Fälle, bei denen die Entfernung der Verstopfung die Nervosität heilte. In jedem Falle unerklärter Nervosität sollte Nase und Hals genau untersucht werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) E. Faravelli und L. Kruch (Pavia). **Ueber die Beziehungen zwischen den Krankheiten des Thränenapparats und denen der Nase. (Sui rapporti tra le malattie dell' apparato lacrimale e quelle del naso.)** *Ann. di oftalmolog. an XVII. No. 3. 1888.*

Nach einer historischen Uebersicht über die wissenschaftlichen Kenntnisse auf diesem Gebiete und nach Aufführung zahlreicher Beobachtungen und theoretischer Betrachtungen gelangen die Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Krankheiten der Thränenwege hängen oft von Affectionen der Nase ab.
2. Geordnet nach der Häufigkeit der nasalen Erkrankung würden diese sein:
   a) diffuse oder umschriebene Hypertrophie (Polypen und Papillome) fast in der Hälfte der Fälle;
   b) einfache Atrophie;

c) Richtungsanomalien der Nasenscheidewand im Verhältniss zu den obern Muscheln;
d) acute catarrhalische Rhinitis und Ozaena. CARDONE.

32) **Lavrand. Nasenpolypen (Polypes du nez.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. 6. Juli 1888.*

Der Autor berichtet über die Krankengeschichte eines 45jährigen Mannes, dessen Nasenhöhlen seit 20 Jahren verstopft waren. Derselbe litt an Störungen des Gesichts und Gehörs, an beständigem Kopfschmerz, häufigem Erbrechen, ängstlichem Gesichtsausdruck und starker Anämie. Alle diese Symptome verschwanden nach Entfernung einer beträchtlichen Anzahl Polypen. E. J. MOURE.

33) **A. Shipman. Behandlung der Nasenfibrome mittelst Electrolyse. (Treatment of nasal fibromata by electrolysis.)** *St. Louis Courier of Medicine. September 1888.*

Es wird ein Fall von einem grossen Tumor in der Nase berichtet, der die Respiration behinderte und grosse Deformität erzeugte. Man entschied sich für die Electrolyse und wandte zuerst goldplattirte Nadeln an, indem man sie beide in den Tumor einstach und beide Ströme durch denselben leitete. Anfangs nahm man 6 Elemente und stieg bis auf 12. Diese Behandlung wurde zweimal in einer Woche wiederholt ohne gute Resultate und wurde zuletzt aufgegeben. Nach einiger Zeit wurde sie wieder aufgenommen. Als man nun Zinknadeln an Stelle der goldplatirten nahm, war der Effect sichtbar: der Tumor schrumpfte rapide zusammen, der Druck wurde gehoben, die Blutungen hörten auf und der Patient begann durch das rechte Nasenloch zu athmen. Nach vier Wochen war keine weitere Anwendung nothwendig, und der ganze Tumor war zu einem Durchmesser von weniger als 3 cm zusammengeschrumpft und wurde durch Abreissen beseitigt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

34) **P. Mc. Bride** (Edinburgh). **Grosse lufthaltige Cysten der mittleren Nasenmuschel. (Large air containing cysts of the middle turbinated bodies.)** *Edinburgh Med. Journal. December 1888.*

Demonstration einer Frau, die an Nasenverstopfung litt. Es fand sich, dass der Zustand durch knöcherne, Luft haltende Cysten der mittleren Nasenmuschel bedingt war. Es wurden Löcher in die harten Tumoren gebohrt, die sich nach abwärts beiderseits bis zu der unteren Nasenmuschel erstreckten. Auf der einen Seite wurde die knöcherne Wand aufgebrochen und mit der Zange theilweise entfernt, auf der anderen Seite wurde die Luft einfach herausgedrängt; letztere Cyste füllte sich wieder. AUTOREFERAT.

35) **Montaz. Ein Fall von Osteom der Nasenhöhlen. (Sur un cas d'ostéome des fosses nasales.)** *Gaz. des hôpitaux. No. 140. 1888.*

Montaz berichtet einen Fall von Osteom im Niveau des Sacc. lacrymalis, das seit zwei Jahren aufgetreten ist. Rhinoscopisch gesehen, nahm der Tumor die obere Partie der Nasenhöhlen ein. Verf. machte eine Incision von 3—4 cm und exstirpirte den Tumor, welcher beweglich war. Sein Gewicht war 35 g. Diese Affection ist sehr selten. E. J. MOURE.

36) **Richet. Fungöser Tumor der Nasenhöhle. (Tumeur fongeuse des fosses nasales.)** *Le Practicien. 9. Juli 1888.*

Nachdem er die klinischen Eigenthümlichkeiten des Tumors beschrieben, giebt der Verf. einen Ueberblick über die verschiedenen Geschwülste der Nasenhöhle und schliesst auf die Anwesenheit einer fungösen Neubildung der Dura mater. Er beabsichtigt, diese nach hinterer Tamponirung mittelst des scharfen Meissels zu operiren. E. J. MOURE.

37) **A. Poncet. Tumor der Nase von zweifelhafter Natur. (Tumeur nasale de nature douteuse.)** *Lyon médical. 29. April 1888.*

Verf. stellt einen 55jährigen Kranken vor, der von einer unbestimmten Affection befallen ist; dieselbe hat ihren Sitz im rechten inneren Augenwinkel und greift auf Nase und Wange über. Màn glaubte nacheinander, es mit einem Syphilom, mit einem Epitheliom oder mit Rhinosclerom zu thun zu haben. — Ollier ist der Ansicht, dass die specifische Behandlung zu wiederholen sei, obgleich sie das erste Mal ohne Erfolg blieb. E. J. MOURE.

38) **Ollier** (Lyon). **Abtragung der Nase wegen eines voluminösen Sarcoms der Nasenhöhlen. (Abaissement du nez pour un sarcome volumineux des fosses nasales.)** (Soc. nationale de méd. de Lyon in: *Lyon méd. 16. December 1888.*

Nichts Neues; die Ueberschrift giebt eine Anschauung vom Inhalt.
E. J. MOURE.

39) **Mibelli. Rhinosclerom. (Rhinoskleroma.)** *Giornale delle Malat. vener. e della pelle. März 1888.*

Die Arbeit war mir bisher nicht zugänglich. CARDONE.

40) **G. Masini** (Turin). **Steine der rechten Nasenhöhle. (Calcolo della fossa nasale destra.)** *Gazetta ospitali. 4. Juni 1888.*

Knabe von 9 Jahren, leidet seit 5 Jahren an foetidem Ausfluss aus der Nase, trocknem Husten und Schwindel; dabei war sein Aussehen mager, blass, apathisch. Alle diese Symptome schwanden nach der Entfernung des Steines.

Der Stein, der die Grösse einer Erbse hatte, bestand in seinem Centrum aus einem Kieselstein von der Grösse einer Kichererbse, und um denselben herum aus schichtweise abgelagerten Salzen, untermischt mit Zellen und eingetrocknetem Schleim. F. CARDONE.

41) **J. Charazac. Studien über Nasensteine. (Etude sur les rhinolithes.)** *Revue méd. de Toulouse. August und September 1888.*

Der Autor giebt einen geschichtlichen Ueberblick über den Gegenstand und studirt die Pathogenese, die Symptome und den Verlauf der Rhinolithiasis. Er berichtet über 2 Fälle von Steinen der Nasenhöhle, die er beobachtet hat und zeigt die Schwierigkeiten der Diagnose und die Behandlung.

Ein gut gearbeiteter und interessanter Aufsatz. E. J. MOURE.

42) **L. Smith** (Montreal). **Fremdkörper in der Nase. (Foreign body in the nose.)** Sitzung der Montreal Med. Chir. Society. *Montreal Med. Journ. Juli 1888.*

Der Fall betrifft ein 14jähriges Mädchen, das an Ozaena seit seinem dritten

Jahre gelitten hatte. Nach Entfernung eines von Phosphaten überzogenen Stiefelknopfes aus der Nase schwand auch die Ozaena. A. E. GARROD.

43) **Breich** (Hannover). **Ein einfacher Nasenspüler und sein therapeutischer Nutzen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 28, S. 567. 1888.*

Ein der Schnabeltasse nachgebildetes Instrument aus Glas von 15 cm Länge zum Eingiessen von Flüssigkeiten in die Nase. Der Autor scheint nicht zu wissen, dass Woakes schon vor Jahr und Tag ein ganz ähnliches Instrument angegeben hat. Ich habe den Woakes'schen Irrigator ganz aus Glas anfertigen lassen (s. Windler's Catalog) und verwende das Instrument seit mehreren Jahren. B. FRAENKEL.

44) **Ficano. Modificirtes Nasenspeculum. (Speculo nasale modificato.)** *Gazzetta degli ospitali. 15. Juli 1888.*

Um bei der Aetzung der Nasenschleimhaut zu vermeiden, dass das Causticum auch auf die entgegengesetzte Seite gedrängt wird, hat F. an das Nasenspeculum von Duplay und Moure, speciell an die fixe Branche eine 1 cm breite, biegsame und bewegliche Platte angebracht, die sich 2 cm. über die Zunge des Speculum hinausstossen lässt; man bringt sie gegenüber dem Orte, wo geätzt werden soll, an. F. CARDONE.

45) **R. Antoni. Verbesserung des Rhinobyon. (Perfezzione del rhinobyon.)** *Bolletino delle malat. di gola, naso ecc. 1. März 1888.*

A. hat einen Hahn angebracht, um das Entweichen von Luft zu verhindern. F. CARDONE.

46) **George Hope. Verbesserte Instrumente zur Geraderichtung des Nasenseptum. (Improved instruments for deflection of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Journ. 29. December 1888.*

Den Instrumenten, welche Modificationen der Adams'schen Zange darstellen, wird grössere Wirksamkeit als letzterer nachgerühmt. Die genaue Beschreibung muss im Original nachgelesen werden. Ein Auszug kann kaum eine richtige Vorstellung ihrer Construction geben. LEFFERTS.

## c. Mundrachenhöhle.

47) **J. Pelczynski** (Tykocin). **Angina mit consecutiver Desquamation der Epidermis. (Zapalenie gardnieli z luszczniem sie naskórka na calem ciele.)** *Gazeta lekarska. No. 3. 1888.*

Ein 33jähriger Schneider, bisher gesund, consultirte den V. wegen heftiger Schlingbeschwerden. Die Untersuchung ergab: fieberhafter Zustand, Schwellung der Submaxillardrüsen, Velum und Gaumenbögen intensiv geröthet, das Zäpfchen oedematös geschwollen. Beide Mandeln tiefroth, vergrössert, die Sprache erschwert. Patient berichtet, dass diese Affection bei ihm gewöhnlich im Frühling und Herbst auftritt, 3—4 Tage dauert, von starkem Jucken der Haut begleitet

wird, wonach sich später, besonders an Händen und Füssen, die Epidermis in grossen Fetzen abschält, während an den übrigen Stellen des Körpers eine kleienförmige Desquamation, gerade wie nach Scharlach stattfindet.

V. hatte Gelegenheit, dieses ihm räthselhafte Symptom auch nach dieser Erkrankung zu constatiren. T. HERYNG.

48) **R. Scot Skirving** (Sydney). **Ueber eine Form von Angina bei anämischen Personen. (On a form of sore throat seen in anaemic persons.)** *Australian med. Gaz. Mai 1888.*

Sk. beschreibt eine Form von Erkrankung des Halses mit allgemeiner Blässe und stellenweise auftretender Congestion, die er oft im Verein mit Anaemie antraf und die er durch eine allgemeine, gegen die Anaemie gerichtete Behandlung heilte. A. E. GARROD.

49) **Kenessey** (Pest). **Angina herpetica.** *Gyógyászat. No. 28. 1888.*

Die Krankengeschichten einiger beobachteten Fälle werden in extenso mitgetheilt und auf die Beschreibung der Bläschen, die im Verlaufe der Nerven auftraten, sehr eingegangen. Einige Fälle hatten nach der Beschreibung mehr den Charakter einer Infectionskrankheit. BAUMGARTEN-CHIARI.

50) **Négrie** (Bordeaux). **Angina scarlatinosa. (De l'angine scarlatineuse.)** *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux. 23. Dec. 1888.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

51) **C. G. Jennings. Halscomplicationen bei Scharlach. (The throat complications in scarlatina.)** *The Physician and Surgeon. Ann. Arbor. X. 6.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

52) **Bourdel. Scharlachähnliches Erythem des Rachens. (Erythème scarlatiniforme de la gorge.)** *Le Courrier médical. 29. Sept. 1888.*

Bei einem Fall von Erythema scarlatiniforme simplex sah Verf. ein Erythem des Rachens. E. J. MOURE.

53) **Lauenstein. Carcinom des weichen Gaumens.** Aus dem ärztl. Vereine in Hamburg. *Münchener med. Wochenschr. No. 9. 1888.*

Demonstration eines 65jähr. Mannes, dem wegen Carcinom des weichen Gaumens dieser Theil exstirpirt wurde. L. versuchte die Operation am hängenden Kopfe, was aber erst gelang, als nach der Tracheotomie und Spaltung der rechten Wange Larynx, Rachen und Nase mit Jodoformgaze tamponirt waren. Die Heilung wurde verzögert durch ein Erysipel. Patient ist geheilt, hat keine Schlingbeschwerden, aber stark näselnde Sprache. SCHECH.

54) **Scanes Spicer** (London). **Die Tonsillen (Schlund-, Zungen-, Rachentonsillen), ihre Functionen und ihre Beziehungen zu Hals- und Nasenkrankheiten. (The Tonsils (faucial, lingual, pharyngeal and discrete), their functions and relations to affections of the throat and nose.)** *Lancet. 27. October 1888.*

Ein Auszug der Abhandlung von S. über diesen Gegenstand ist in dem

Bericht über die Verhandlungen der Laryngologischen Section der British Medical Association 1888 gegeben. (Vgl. V, 241.) A. E. GARROD.

55) **E. E. Sattler. Beziehungen der Mandel zur Entstehung der Infectionskrankheiten. (The relation of the tonsil to the production of the infectious diseases.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 29. December 1888.*

Die Arbeit spricht sich dahin aus:

1. dass Scarlatina und Diphtherie ihre häufigste prädisponirende Ursache in Mandelvergrösserungen finden;
2. dass der Rachen aller Kinder von Geburt an inspicirt werden und eine Hypertrophie der Tonsillenmasse so früh wie möglich entfernt werden soll. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Ruault** (Paris). **Einige neuropathische Erscheinungen, von der Tonsille reflectorisch ausgelöst. (De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne.)** *Archives de laryngologie. No. 4, S. 154. 1888.*

Verf. hat die Reflexe studirt, die entstehen, wenn man den Galvanocauter auf verschiedene Puukte der Tonsille applicirt. Man kann dadurch Ohrenschmerzen, Husten, Erbrechen, Schmerz im Epigastrium mit oder ohne momentane Magenkrämpfe hervorrufen. Ebenso können diese verschiedenen Symptome spontan bei solchen Individuen auftreten, welche an Mandelhypertrophie leiden. Man ist daher zu der Annahme berechtigt, dass es sich in diesen Fällen um reflectorische Neuropathieen handle. Sie ist jedenfalls zweifellos zutreffend beim Husten, den Ohrenschmerzen und Erbrechen, weil diese Symptome nach der Tonsillotomie oder der Zerstörung der Mandeln mit dem Galvanocauter schwinden können. Verf. erwähnt Fälle von nervöser Taubheit, Ohrenklingen und Ohrenschmerzen, welche auf diese Weise gebessert oder geheilt wurden. Sodann studirt er den Husten, das Bronchialasthma und das Erbrechen, soweit sie von den Mandeln ausgehen.

Zehn verschiedene Beobachtungen dienen als Grundlage für diese Arbeit.

E. J. MOURE.

57) **Arthur W. Loveridge** (Newport). **Herpetiforme Hautausschläge bei Tonsillitis. (Herpetiforme eruptions in tonsillitis.)**

Ein herpesartiger Flecken erschien auf der rechten Wange im Verlauf eines Anfalles von Tonsillitis. A. E. GARROD.

58) **Lardier. Contagiosität der Impetigo und der impetiginösen Amygdalitis. (Contagiosité de l'impetige et de l'amygdalite impétigineuse.)** *Revue génér. de clin. et de thérap. 9. Aug. 1888.*

L. beschreibt in einem an das Journal gerichteten Brief eine echte Epidemie beider Affectionen, die er beobachtet hat. E. J. MOURE.

59) **F. Bobone** (San Remo). **Ueber eine Form von infectiöser, contagiöser Amygdalitis follicularis. (Die una forma di tonsillite follicolare, infettiva, contagiosa.)** *Bollet. delle Malat. della Gola. Juli 1888.*

B. berichtet über einen Fall dieser Art und bestätigt, dass es eine primäre,

infectiöse und contagiöse Amygdalitis follicularis giebt. Die von B. beobachteten Fälle verliefen mit croupöser Pneumonie und darauf stützt B. die Hypothese, dass dasselbe Agens (der Pneumo-diplococcus) beide Affectionen erzeugen soll.

F. CARDONE.

60) **Tissier. Amygdalitis follicularis. (Amygdalite folliculaire.)** *Ann. de l'or. etc. Febr. 1888.*

T. berichtet 6 Fälle, aus denen er schliesst, dass die Affection contagiös sei. Denn sie blieb auf einen Saal des Krankenhauses beschränkt und wurde von einem Kranken von aussen eingeschleppt.

Er erinnert in dieser Beziehung an die Ansicht der Mehrheit der Aerzte.

E. J. MOURE.

61) **X. Behandlung der Angina tonsillaris bei Kindern. (Traitement de l'angine tonsillaire des enfants.)** *Paris méd. 16. Juni 1888.*

Es ist das eine Besprechung eines Artikels, der der Britischen Medicinischen Gesellschaft der Insel Wight vorgelesen wurde.

E. J. MOURE.

62) **W. A. Dewolf Smith. Bemerkung über die Behandlung der Tonsillitis mit salicylsaurem Natron. (Note on the treatment of Tonsillitis by Salicylate of Soda.)** *Philad. Med. News. 5. Jan. 1889.*

Bericht über einen so behandelten Fall. — Nichts Neues.

LEFFERTS.

63) **Alcabalde y Valle. Die Tracheotomie bei der Amygdalitis. (La trachéotomie dans l'amygdalite.)** *La clinique Navarre. 17. Juli 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

E. J. MOURE.

64) **E. B. Cragin. Gangränöse Tonsillitis. Tödtliche Blutung. (Gangrenous tonsillitis. Fatal hemorrhage.)** *New York Medical Journal. 1. Sept. 1888.*

C. berichtet einen Fall bei einem Neger, der seit 10 Tagen eine „Angina" gehabt hatte und mit Nierensymptomen in das Krankenhaus aufgenommen worden war. Ungefähr eine Woche darauf, als die „Angina" nahezu geschwunden war, wurde der Patient von einer eigenthümlichen Blutung befallen und starb. — Bei der Autopsie fand man einen grossen Ulcerationsherd im Pharynx, der die Stelle der rechten Tonsille einnahm und sich auf einige Entfernung in die hintere Pharynxwand erstreckte. An dem Theil der ulcerirten Fläche, welche von der rechten Tonsille früher eingenommen wurde, waren Oeffnungen zweier kleiner Gefässe sichtbar, die offenbar die Quelle der Blutung abgaben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS)

65) **Galliard. Hypertrophie der Mandeln. (Hypertrophie des amygdales.)** *Soc. méd. prat. Paris. Juli 1888.*

Nichts Neues.

E. J. MOURE.

66) **Barette. Behandlung der Hypertrophie der Mandeln auf blutigem Wege und durch Brennen. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales par la méthode sanglante et la méthode ignée.)** *Revue génér. de clin. et de thér. 22. Septbr. 1888.*

Der Verf. veröffentlicht einen Artikel über den in Frankreich im Jahre 1888

gerade genügend oft behandelten Gegenstand, um die Behandlung mittelst des Glühens zu empfehlen. E. J. MOURE.

67) **Dodart. Behandlung der Mandelhypertrophie mit Ignipunctur. (Du traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture.)** *Thèse de Bordeaux. 1888.*

Nachdem Verf. auf die zuweilen schweren Nachtheile (Blutungen) bei der Tonsillotomie der Erwachsenen hingewiesen hat, beschreibt er die galvano- oder thermocaustische Behandlung. Er führt mehrere in der Klinik des Referenten gemachte Beobachtungen an, bei welchen die Patienten in 1 oder 2 Sitzungen geheilt wurden. E. J. MOURE.

68) **Decaye. Gebrauch des Thermokauters bei der Behandlung der Mandelschwellung. (Emploi du thermo-cautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales.)** *Union méd. 29. Decbr. 1888.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

69) **Gautier** (Genève). **Von den käsigen Pfröpfen in den Mandeln. (Des concrétions caséeuses des amygdales.)** *Revue médic. de la Suisse romande. No. 1. 1889.*

Verf. hat bei einem Falle dieses nicht seltenen Uebels durch Spaltung der erkrankten Taschen und Cauterisation mit 1 : 6 Chromsäurelösung raschen Erfolg erzielt. Weiter nichts Neues. JONQUIÈRE.

70) **Blache. Hypertrophie der Mandeln. (Hypertrophie des amygdales palatines.)** *Revue d. mal. de l'enfance. Februar 1888.*

Die Ueberschrift zeigt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

71) **Ouspenski. Hypertrophie der Mandeln bei Kindern, ihre Bedeutung und ihre Behandlung nach 92 Beobachtungen. (Hypertrophie tonsillaire dans l'enfance, son importance et son traitement d'après 92 observations.)** *Ann. de l'oreille etc. Juli 1888.*

O. erinnert an alles über diesen Gegenstand Bekannte und empfiehlt zur Behandlung die Galvanocaustik. E. J. MOURE.

72) **Charles M. Shields. Vergrösserung der Tonsillen; was sollen wir dagegen thun? (Enlarged tonsils — what shall we do with them?)** Trans. Med. Soc. Virginia. *N. Y. Medical Journal. 15. December 1888.*

Nachdem die Nothwendigkeit der Entfernung hypertrophischer Tonsillen kurz erörtert und die Frage: „können sie durch die Anwendung adstringirender und absorbirender Mittel, durch milde Caustica oder subcutane Injection von Ergotin, Jod etc. zum Schwinden gebracht werden?“ im negativen Sinne beantwortet ist, — besprach der Redner vergleichend die Vorzüge des Tonsillotoms und der Galvanocaustik. Er selbst gebraucht das Tonsillotom jetzt nur bei jungen Kindern oder wo die Mandeln eine weiche Beschaffenheit haben, wo also die Gefahr einer Blutung wegen der raschen Contraction der Blutgefässe nicht besteht. Bei Erwachsenen, bei denen die Tonsillen eine harte, fibröse Beschaffenheit haben, hält

er, obgleich eine gefährliche Blutung ihm nur einmal unter 500 Fällen vorkam, diese Gefahr doch für ausreichend, um uns das Instrument bei Seite legen zu lassen, wenn wir eine sicherere und eben so gut wirkende Methode zur Hand haben. Der Galvanocauter erfüllt diese Anforderungen vollständig. 4—8 Sitzungen waren stets ausreichend. LEFFERTS.

73) **Richard J. Levis. Die Blutstillung nach Excision der Mandeln. (The arrest of Haemorrhage following excision of the tonsil.)** *Philad. med. News. 8. Dec. 1888.*

In einem von L. behandelten Falle wurde die ganze Blutung augenblicklich dadurch gestillt, dass man mit einer gewöhnlichen Kornzange fest das Gewebe des Tonsillengrundes ergriff und dem Instrument eine entschiedene Drehung gab. Die erreichte Torsion, die die blutenden Gefässe comprimirte, wurde dadurch aufrecht erhalten, dass man den Patienten fest auf den Griff des Instrumentes beissen liess, da wo dasselbe aus dem Munde herausragte. Der Kieferschluss wurde gesichert durch eine feste Bandage um den Kopf vom Kinn zum Scheitel.

Bevor er zu diesem Auskunftsmittel mit der Zange seine Zuflucht nahm, war es L.'s Absicht gewesen, den Grund der Mandel mit einer gebogenen Nadel zu durchbohren, eine feste Ligatur dahinter zu legen und diese liegen zu lassen, nachdem die Spitze der Nadel abgekniffen und das Ende des Fadens aus dem Munde herausgebracht wäre.

Ein anderer Rath L.'s geht dahin, eine oder mehrere Ligaturen durch den Grund der Tonsille zu legen und dazu Nadeln von geringer Krümmung in Nadelhalter eingespannt zu verwenden. Eine auf diese Weise erzielte energische Umschnürung des Grundes würde in wirksamer Weise jeder Möglichkeit einer Blutung vorbeugen. LEFFERTS.

74) **Lannois. Ein Fall von gestieltem Polypen der Mandel. (Sur un cas de polype pédiculé de l'amygdale.)** *Lyon Médical. No. 45. 1888.*

Verf. weist auf die Seltenheit dieser Affection hin und beschreibt dann einen Fall von einem Polypen, der seit 5—6 Jahren bestand in der Grösse eines Apfels; er erstreckte sich hinter die Zungenbasis und war nur sichtbar, wenn der Kranke eine Exspirationsbewegung machte. Mit der Mandel war er durch einen Stiel von 5—6 Mm. verbunden. Die Geschwulst bestand nach der microscopischen Untersuchung aus Bindegewebe. E. J. MOURE.

75) **Villar. Lymphadenom der Mandel. (Lymphadénome de l'amygdale.)** Soc. anatom. Paris. 24. Febr. 1888.

V. zeigt die Präparate eines Falles. Die histologische Untersuchung ist von Albarran gemacht worden. E. J. MOURE.

76) **Kümmel. Demonstration eines Patienten mit Tonsillarsarcom.** Aus dem ärztl. Verein in Hamburg. *Münchener med. Wochenschrift. No. 23. 1888.*

Patient, 28jähriger Mann, kam zuerst mit einem grossen Sarcom der Halslymphdrüsen in Behandlung, das von der Schädelbasis bis zur Clavicula reichte. Dasselbe wurde nach vorheriger Ligatur der Carotis communis und des Venen-

plexus an der Schädelbasis exstirpirt und heilte in 10 Tagen per primam. Das Recidiv an der Tonsille erschien schon 8 Wochen später, zugleich bestand ein Tumor der Parotis. Nach vorheriger Tracheotomie und temporärer Durchsägung des Unterkiefers gelang die Entfernung der Neubildung leicht. SCHECH

77) **Dor. Primäres Carcinom der Mandel. (Cancer primitif de l'amygdale.)** Soc. de sc. méd. Lyon, 12. October 1888 in: *Province méd. 15. Oct. 1888.*

Dor, Assistent am Krankenhaus, demonstrirt die anatomischen Präparate von einem Kranken von der Abtheilung des Herrn Pollosson, der an primärem Krebs der Mandel gestorben war. Die Entwickelung desselben war eine sehr rapide gewesen und hatte die Tracheotomie nöthig gemacht. Bei der Autopsie fanden sich Krebsknoten im Gaumensegel über dem Zäpfchen. Die Pharynxöffnung der Nasenhöhlen war zerstört, die Schädelbasis angegriffen. Der Tumor, ein Epitheliom aus geschichtetem Plattenepithel, erstreckte sich bis in die Nachbarschaft der Epiglottis. Die Diagnose bot in diesem Falle zuerst Schwierigkeiten. Es fehlten Drüsenschwellungen, auch hatte man zu allererst an ein syphilitisches Gumma gedacht. E. J. MOURE.

78) **R. Leclerc. Mandelkrebs. (Du cancer de l'amygdale.)** *La Normandie médicale. 15. Mai 1888.*

Der Verf. berichtet über eine Beobachtung, betreffend einen 51jähr. Mann, der einen malignen Tumor der rechten Mandel mit anfangs beschränkter Drüsenerkrankung hatte. Der Kranke starb nach 3 Monaten unter den Symptomen einer Infection und mit einer foudroyanten Allgemeinerkrankung des Unterschenkels. E. J. MOURE.

79) **W. Pasteur** (London). **Abscess an der Aussenseite der Mandel bei einem Kinde, Dysphagie und Dyspnoë hervorrufend; geheilt durch Operation im Hals. (Abscess outside the tonsil in an infant, causing dysphagia and dyspnoea; relieved by operation in the neck.)** *Lancet. 14. Juli 1888.*

Es wurde ein 3monatliches Kind in's Hospital gebracht mit mühsamer Athmung und Unfähigkeit zum Schlucken. An der rechten Seite des Halses und zwar an dem vorderen Rand des Sternomastoidus bestand eine diffuse, fluctuirende Schwellung. Die Haut darüber war mässig gespannt, aber nicht geröthet. Der Schlund war fast ganz durch eine starke Schwellung in der Gegend der rechten Tonsille verschlossen, doch zeigte der Finger, dass die Fauces ganz frei waren und dass zwischen dem Tumor daselbst und der Schwellung im Halse eine deutliche, fluctuirende Communication bestand. Durch eine kleine Incision an der abhängigsten Stelle der Schwellung wurden 90 Ccm. Eiter entleert. Die Geschwulst im Schlund verschwand, die Symptome besserten sich und die Wunde heilte in 10 Tagen. Fünf Monate später bildete sich ein neuer Abscess in derselben Gegend, der wieder durch Operation beseitigt wurde. Bei dieser Gelegenheit wurde die Höhle mit dem Finger untersucht und ihr Zusammenhang mit der Mandel deutlich festgestellt. Die Höhle lag vor den grossen Gefässen. A. E. GARROD.

## d. Diphtheritis und Croup.

80) **F. E. Waxham** (Chicago). **Bemerkungen über Intubation des Larynx. (Remarks on intubation of the larynx.)** Verlesen in der Section für Kinderkrankheiten in der Versammlung der Brit. Med. Assoc. in Glasgow. 1888. *Brit. Med. Journal. 29. Sept. 1888.*

W. beginnt mit der Beschreibung der bei der Intubation gebrauchten Instrumente und der Art der Ausführung der Operation. Er betont besonders, dass man keine Gewalt anwenden und sich fleissig an der Leiche üben soll. Der Patient soll aufrecht auf dem Schooss der Wärterin, dicht gegen die linke Brustseite gehalten werden, der Kopf auf der Schulter ruhen; die Vorderarme des Kindes sollen vor seinem Leibe nach unten gehalten werden; die Handgelenke sind von der Wärterin zu halten. Ein dahinter stehender Assistent soll den Kopf und den Mundsperrer festhalten. Alsdann nimmt der Operateur den Einführer mit der daran befestigten Röhre, schlingt den Seidenfaden über den kleinen Finger der linken Hand und führt den Zeigefinger derselben Hand, dicht von der Röhre gefolgt ein.

Die Epiglottis wird mit dem Finger nach vorn gezogen und die Röhre über dieselbe mit einer plötzlichen Drehung in den Larynx geführt. Die Röhre wird sodann vom Einführer befreit und mit dem Finger abwärts in die richtige Lage gedrängt. Auf ihre Einführung in den Larynx folgt heftiger Husten und erleichtertes Athmen. Sobald die Röhre sicher im Larynx ist, soll der Mundsperrer entfernt und die Seidenschlinge über das Ohr geführt werden. Nachdem man einige Minuten gewartet hat, bis der Husten den zähen Schleim und erweichte Membranen hinausgetrieben und sich von der richtigen Lage der Röhre überzeugt hat, soll man die Schlinge zerschneiden und zurückziehen. Wenn die Pseudomembran durch die Röhre abwärts geschoben wird und nicht ausgetrieben werden kann, dann soll letztere sofort zurückgezogen und die Pseudomembran, wenn nöthig, mit des Autors Trachealzange entfernt werden. Wenn das nicht gelingt, dann soll die Tracheotomie gemacht werden.

Bei der Extraction soll der Patient in dieselbe Lage gebracht, der Mundsperrer in den Mund gesteckt und der linke Zeigefinger soweit eingeführt werden, bis er die Röhre berührt. Alsdann ist die Spitze des Extractors in die Röhre zu bringen und letztere zu entfernen. Kann man das nicht mit einigen leichten und vorsichtigen Versuchen erreichen, so soll man ein Anaestheticum geben. — Der Finger ist mit einer Gummihülse zu schützen.

W. rühmt diese Operation sehr, meint jedoch, dass weder die Intubation, noch die Tracheotomie ohne starke Dyspnoe unternommen werden sollten. Durch die Anbringung einer künstlichen Epiglottis ist es jetzt dem Patienten möglich, in der Rückenlage mit herabhängendem Kopf reichliche flüssige oder feste Nahrung zu sich zu nehmen. W. hatte mit seiner Operation 28 pCt. günstige Erfolge; andere amerikanische Statistiken ergeben auch 27 pCt. Erfolge. Die Intubation kann ebenso wie die Tracheotomie in jedem Alter angewendet werden, und bei jungen und schwächlichen Kindern bietet sie mehrere Vorzüge vor der letzteren.

A. E. GARROD.

81) **John Dacre** (Bristol). **Intubation des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Bristol Medico-Chirurg. Journal. S. 73. Juni 1888.*

D. giebt eine geschichtliche Skizze über diesen Gegenstand, beschreibt O'Dwyer's Instrumente und die Art ihrer Anwendung. Er bespricht auch die Zufälle, die in Verbindung mit der Intubation sich ereignen können und erörtert die Statistik im Vergleich mit der Tracheotomie. A. E. GARROD.

82) **J. R. Harvie. Intubation des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Montreal Medical Journal. August 1888.*

H. zieht die Intubation der Tracheotomie vor. Die Operation soll frühzeitig unternommen werden. Er ernährt den Patienten gänzlich per rectum. Wenn diese Methode aus irgend einem Grunde versagt, dann entfernt er die Röhre einmal des Tages und gestattet dem Patienten die Nahrung per vias naturales.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **E. W. Mitchell. Bericht über 5 Fälle von Intubation. (A report of 5 cases of intubation.)** *Cincinnati Med. Journ. Sept. 1888.*

2 Heilungen. M. räth, frühzeitig zu operiren. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

84) **Thiersch** (Leipzig). **Tubage des Larynx.** *Deutsche med. Zeitung. 16. April 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

85) **Jacques. Intubation des Larynx bei Croup. (Tubage du larynx dans le croup.)** *Thèse de Paris* und *Paris méd. 2. Juni 1888.*

J. führt das über diese Frage Bekannte, sowie alles, was je darüber gesagt worden ist, auf und bringt neue, hierhergehörige Thatsachen bei.

Der Artikel des Paris méd. ist ein einfacher Auszug aus der These.

E. J. MOURE.

86) **G. Baratoux. Intubation des Larynx. (Le tubage du larynx.)** *La Pratique médicale. No. 41, 42, 44. 1888.*

Verf. studirt die Frage eingehend und kommt zu der Ansicht, dass man sich dieser Methode mit Vortheil bedienen wird bei Kindern, die unter $3^1/_2$ Jahre alt sind. Er hat an Erwachsenen gute Resultate erzielt. E. J. MOURE.

87) **J. J. Ridge** (London). **Naso-laryngeale Intubation bei Diphtherie. (Naso-laryngeal intubation in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 13. Oct. 1888.*

R. beschreibt eine neue Intubationsmethode, die er bisweilen angewendet hat. Der erste Fall betraf ein 3jähriges Kind. Dasselbe wurde chloroformirt und ein Stück Wolle als Mundsperrer zwischen die Zähne gebracht. Ein gewöhnliches Stück einer schwarzen, unvulcanisirten Milchröhre wurde, mit Vaselin bestrichen, durch die Nase hindurch geführt. Alsdann brachte R. seinen rechten Zeigefinger in den Mund an die hintere Pharynxwand und schlang ihn um das Ende der Röhre, die leicht in die Glottis geführt wurde. Es wurde etwas Schleim mit starker Kraft durch die Röhre ausgehustet. Die Athmung besserte sich, nach 20 Minuten jedoch wurde das Ende der Röhre durch den Husten in den Mund getrieben. Patient lebte zwei Tage nach der Operation.

In dem zweiten Falle wurde ein gewöhnlicher elastischer Gummicatheter No. 10 an Stelle eines weichen eingeführt: die Respiration wurde ruhiger und die Suffocation beseitigt. Dieser Patient starb an Collaps nach einem schweren Hustenanfall nach 5 Tagen. Man fand in den Bronchien des rechten Unterlappens Partikelchen, die sich von der Röhre abgelöst hatten.

In dem dritten Fall, ein 3jähriges Kind betreffend, erzielte die Intubation Besserung; das Kind starb jedoch an Pneumonie, wahrscheinlich dadurch, dass etwas Beeftea, welches gegen die Verordnung gereicht worden war, in den Larynx gekommen war. In diesem Falle wurde die Röhre, nachdem sie entfernt worden war, von Neuem eingeführt als letzte Zuflucht, da die Athmung in hohem Grade erschwert war.

In allen Fällen wurde das Kind per rectum ernährt.

R. empfiehlt, in Zukunft eine Doppelröhre zu gebrauchen: eine kleinere, die in eine grössere elastische Gummiröhre passt. Erstere soll man durch die zweite abwärts in den Larynx einführen und dann diese aus demselben zurückziehen. Durch die kleinere soll eine kleine Menge Hydrog. superoxyd. eingespritzt werden als ein kräftiges, nicht reizendes Antisepticum, welches auf diese Weise direct auf die Pseudomembran gebracht wird. Die kleinere Röhre dient wieder als Leiter für die Wiedereinführung der grösseren, wonach sie zurückgezogen wird. R. schlägt ferner vor, eine besonders gezeichnete Röhre durch das andere Nasenloch in den Oesophagus zu führen zur Verabreichung flüssiger Nahrung.

A. E. GARROD.

88) **X. Tubage des Larynx beim Croup. (Tubage du larynx dans le croup.)** *Echo méd. Toulouse. 5. Mai 1888.*

Kritische Besprechung.

E. J. MOURE.

89) **G. W. Gay. Vergleich der Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung des Croup. (The comparative merits of tracheotomy and intubation in the treatment of croup.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 11. Oct. 1888.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Intubation eine sehr werthvolle Operation sei, dass sie jedoch nicht von Vorwürfen und Complicationen frei ist. Sie ist bei jungen Kindern und in allen denjenigen Fällen, wo geschickte Hülfe entfernt ist, anzuwenden. Sie kann vor der Tracheotomie und zur Hebung des Wohlbefindens gemacht werden. Die Tracheotomie ist angezeigt, um Dyspnoe zu beseitigen. Jede Operation ergänzt die andere, kann sie jedoch nicht ersetzen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

90) **F. E. Hare** (Brisbane, Queensland). **Fünf auf einander folgende Fälle von Tracheotomie wegen Diphtherie. (Five concecutive cases of tracheotomy for diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 10. Juli 1888.*

Bei 4 von den 5 Fällen trat Heilung ein und dies beweist, nach H., dass: 1. kein Fall zu schlecht für die Operation ist; 2. die Operation so bald ausgeführt werden soll, als die Luftwege ersichtlich betheiligt sind; 3. innere Mittel und Localbehandlung ohne Erfolg sind.

A. E. GARROD.

91) **F. E. Hare** (Brisbane). **Tracheotomie bei Diphtherie; 9 Fälle, darunter 5 geheilt. (Tracheotomy in diphtheria. Nine cases — five recoveries.)** *Australian Med. Gaz. Juni 1888.*

Kurzer Bericht über 9 Fälle. (Identisch mit dem vorigen? Red.)

A. E. GARROD.

92) **G. Affleck Scott** (Victoria). **Tracheotomie bei Diphtherie und Croup. (Tracheotomy in diphtheria and croup.)** *Australian Med. Gaz. März 1888.*

Nichts Neues. A. E. GARROD.

93) **Tracheotomie bei Kindern. (Tracheotomy in children.)** Discussion über Dr. Thom's bereits mitgetheilte Arbeit. *Edinburgh Med. Journ. Oct. 1888.*

Cathcail, Black, McBride, Wylie und Ritchie betheiligten sich an der Discussion. Cathcail und Ritchie glauben, dass Croup und Diphtherie zwei verschiedene Krankheiten sind. M'BRIDE.

94) **Jenny** (Münsterlingen). **Zur Tracheotomie bei Diphtheria und Croup im Kindesalter.** Basler Dissertation. Leipzig, Hirschwald. 1888.

Material von Kappeler. 214 Tracheotomieen von 1873—1886. Geheilt wurden 44 pCt. Die 119 Uebrigen starben an Erstickung durch Bronchialcroup ohne oder mit lobulärer Pneumonie, an Herzlähmung in 33 Fällen. Für letztere stellte es sich heraus, dass sie vorzugsweise bei Solchen eintrat, welche vor der Operation eigentliche Erstickungsanfälle überstanden oder viele Brechmittel erhalten hatten, ein Wink, der gewiss ebenso beherzigenswerth, als naheliegend ist. Die hauptsächlichsten Sectionsbefunde waren Bronchialcroup, die verschiedenen Formen von Pneumonie und Wunddiphtherie. Zum definitiven Décanulement kam es 108 Mal, 86 Mal in der ersten Woche, 22 Mal später, hauptsächlich bis zum 12. Tage. Abnorme Erschwerung desselben trat nur 5 Mal ein und zwar besonders wegen Granulationsstenose, einmal wegen Gewohnheitsparese und Chorditis inferior.

Die Folgezustände der Tracheotomie, welche im ganzen Landesbezirk herum genau verfolgt und im Fall von Athmungs- oder Stimmanomalien durch Kappeler selbst laryngoscopirt wurden, zeigten günstige Verhältnisse. Von 90 geheilt entlassenen Kindern starben nur 3 an den Folgen der überstandenen Krankheit und Operation. Die 84 definitiv am Leben Gebliebenen zeigen heute nur bei zweien gröbere Störungen, Dyspnoe bei stärkeren Anstrengungen und hochgradige Heiserkeit; 12 Andere haben nur leichtere Athmungsstörungen, die zwar nicht von der Operation herzuleiten sind, aber zum Theil als Folgezustände der überstandenen Diphtherie betrachtet werden können. Die Narben spielten in den Kappeler'schen Fällen keine Rolle. Verf. kommt zu denselben Resultaten wie Neukomm in seiner entsprechenden, in diesem Blatte 1885 referirten Arbeit. Er schliesst gegenüber den Gegnern der Tracheotomie bei Croup mit folgenden zwei Sätzen:

„Mit Rücksicht darauf, dass die Tracheotomie hier ausschliesslich als lebensrettende Operation zur Ausführung kam, kommt diese geringe Zahl bleibender Functionsstörungen gegenüber all den geretteten und einem vollständigen und

dauerndem Wohlbefinden wiedergeschenkten Kindern wahrlich nicht in Betracht.

Nicht nur reiht sich die Tracheotomie wegen Diphtherie und Croup des Kehlkopfes den lebensrettenden Operationen würdig an, sondern sie muss bezüglich der schliesslichen Erfolge beinahe an die Spitze derselben gestellt werden."

Am Schlusse der Arbeit sind die 90 ärztlichen Berichte über die geheilt entlassenen Kinder wiedergegeben. JONQUIÈRE.

95) E. A. Scott. **Tracheotomie bei membranösem Croup; Bericht über einen Fall. (Tracheotomy in membranous croup. Report of a case.)** *Cincinnati Lancet-clinic. 22. December 1888.*

Die Operation brachte eine Erleichterung, konnte des Kindes Leben aber nicht retten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) E. Beaupère. **Chloroformanaesthesie bei der Tracheotomie an Kehlkopfdiphtherie leidender Kinder. (Anesthésie par le chloroforme dans la trachéotomie chez les enfants atteints de diphthérie laryngée.)** *Union méd. 10. Mai 1888.*

B. erinnert an alles, was in diesem Jahre (1888) über den Gegenstand gesagt worden ist. E. J. MOURE.

97) Pieniazeck. **Ueber das Verfahren beim Auftreten secundärer Suffocationsanfälle beim Croup nach Tracheotomie.** *Arch. f. Kinderheilk. X. 1888/89.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

98) J. Cantalamessa (Bologna). **Die herabsteigende Pulsation des Larynx bei Aneurysma der Concavität des Aortenbogens und ihr diagnostischer Werth. (Del polso laringeo discendente negli aneurismi della concavita dell' arco dell' aorta e del suo valore diagnostico.)** *Bollet. di Sc. Med. de Boulogne. Juli, August 1888.*

60jähriger Mann mit Aortenaneurysma. Unter anderen Symptomen bemerkte man besonders eine Verlagerung der Luftröhre mit dem Kehlkopf nach der rechten Seite; der Larynx zeigte Pulsation. Dieselbe war ausgesprochener, wenn man den Zeigefinger an den unteren Rand des Ringknorpels legte und dabei die Hand nach oben hielt, um die anderen Pulsationen zu vermeiden. Auf diese Weise beobachtete man ein rhythmisches Herabsteigen des Kehlkopfes, coincidirend mit dem Herzstoss. Setzte man, die Hand immer in die Höhe gehalten, Zeigefinger und Daumen zu beiden Seiten der Luftröhre an, so fühlte man eine Pulsation, die durch die seitliche Verlagerung der Trachea von links nach rechts bedingt war; die Pulsation selbst fiel wieder mit dem Herzstoss zusammen — Phonation war normal etc. Auf diese beiden Symptome hin, nämlich die auf den Kehlkopf in Form des Herabsteigens und auf die Trachea als seitlicher Puls übertragene Pulsation, diagnosticirt C. Aneurysma der Concavität des Aortenbogens.

Er lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf den klinischen Werth des Larynxpulses und glaubt, dass eine derartige Beobachtung bisher nicht publicirt worden ist.

Er erklärt das Phänomen durch die anatomischen Verhältnisse und kommt zu dem Schlusse, dass diese Erscheinung nur bei einem Aneurysma des Aortenbogens eintreten kann.

Die Phonation war normal wegen der Taschenform des Aneurysma. Der Kranke starb; die Autopsie bestätigte die Diagnose. F. CARDONE.

99) **Mayo Collier** (London). **Die Epiglottis, ihre Befestigungen und Beziehungen zu den benachbarten Gebilden. (The epiglottis, its attachments and relations to surrounding structures.)** *Journ. of Laryngology. Juni 1888.*

C. bemerkt, dass die Schleimhaut der inneren Fläche der aryepiglottischen Falten direct auf die hintere Fläche der Epiglottis über ihre freien Ränder übergeht, während die Schleimhaut der Aussenseite nicht mit dem vorderen Rande der freien Ränder in Berührung kommt, sondern nach aufwärts und aussen eine kleine Strecke weiter in die später als Membrana hyoepiglottica beschriebene Membran übergeht.

Die ganze vordere Fläche der Epiglottis ruht auf und ist gleichsam mit einer Membran verbunden, welche fast ganz aus dünnem, aber starkem, elastischem Gewebe besteht.

Diese Membran ist unten der ganzen Länge nach an das Zungenbein befestigt und zwar von der Spitze des einen grossen Horns bis zum andern.

Oberhalb ist sie in der Mittellinie mit der Epiglottis verbunden und geht an jeder Seite ein wenig über das grosse Horn des Zungenbeins hinweg, indem sie zwei hervorragende Falten bildet, die zur Zeit incorrecter Weise als die lateralen Ligamenta glosso-epiglottica beschrieben werden. Unten bildet die Hinterseite dieser Membran die vordere Grenze eines pyramidalen Raumes, durch welchen die Arteria und der Nervus laryng. superior. hindurchgeht. — C. stellt die Existenz der gewöhnlich als Membrana hyo-thyreoidea beschriebenen Membran in Frage. Es bildet jedoch ein Ligamentum laterale thyreo-hyoid., welches auf und zwar nach aussen von dem mittleren Constrictor pharyngis liegt, ein bandähnliches Gewebe, welches das grosse Zungenbeinhorn mit dem oberen Horn des Schildknorpels verbindet. A. E. GARROD.

100) **B. Fränkel** (Berlin). **Zur Anatomie der Stimmbänder.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 43, S. 874. 1888.*

Vorläufige Mittheilung über papillenähnliche Erhabenheiten an den Stimmbändern und über Stimmbanddrüsen. B. FRAENKEL.

101) **G. C. Guidi. Die Gymnastik der Stimme nach den Principien der Physiologie, der Kunst und der Hygiene. (La gimnastrica della voce secondo i principii della fisiologia, dell' arte e dell' igiene.)** Typ. Fagnani e Galeazzi. Bergamo. 1888.

Nach G. ist die Gesangschule in Italien in absteigender Linie begriffen und darum nöthig, sie durch wissenschaftliche Methode zu verbessern. Er spricht

über die Anatomie und Physiologie des Stimmorgans, über die Sprach-, Rede- und ganz besonders die Singstimme in Bezug auf die verschiedene Art der Production und die verschiedenen Register. Er zeigt die Verschiedenheiten, die man in der Stimme der Menschen trifft, und die Beziehungen zwischen der menschlichen Stimme und den mechanischen Instrumenten.

Ein Theil der Arbeit ist für alle, die sich dem Gesangsstudium widmen, bestimmt; er enthält sehr interessante Regeln nach der Praxis der alten Meister, nach der eigenen praktischen Erfahrung und nach der Kenntniss der Anatomie und Physiologie.

Das letzte Capitel beschäftigt sich mit der Hygiene des Gesanges etc.

CARDONE.

102) **A. Hennig. Tuberculöse Larynxtumoren. Laryngotomie.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 28, S. 564. 1888.*

Lambertnussgrosser Tumor am rechten, kleinere Geschwulst am linken Taschenbande; am linken Aryknorpel Geschwülste, die spitzen Condylomen ähnlich sahen. Laryngotomie. Entfernung der Tumoren. Die Operationswunde abscedirt. Tod. Die microscopische Untersuchung der exstirpirten Tumoren hatte ihre tuberculöse Natur erwiesen. An der Leiche fand sich Phthisis pulmonum und miliare Knötchen im Larynx. H. bemüht sich, nachzuweisen, dass eine Diagnose intra vitam unmöglich gewesen wäre, und dass — wenn sie gestellt worden wäre — der vorhandenen Dyspnoe wegen der Patient ebenso hätte behandelt werden müssen. B. FRAENKEL.

103) **A. Trifiletti** (Neapel). **Ein Fall von wahrscheinlicher primärer tuberculöser Laryngitis. (Un caso probabile di laringite tuberculare primitiva.)** *Bollettino della gola ecc. Oct. 1887.*

Eingehendste Ausführung eines klinischen Falles. Es handelte sich um eine Frau von 21 Jahren, die sich wohl befand bis auf einfache Zeichen eines Kehlkopfscatarrhs und Parese der Stimmbänder. Allmälige Infiltration der Kehlkopfschleimhaut, Ulceration, kurz alle Charaktere der Kehlkopftuberculose. Lungen gesund; nach 8 Monaten boten sie in den Spitzen einige Zeichen von Broncho-alveolitis.

Epikritische Betrachtungen. CARDONE.

104) **A. J. Beehag** (Edinburgh). **Menthol bei Larynxphthise und anderen Krankheiten. (Menthol in laryngeal phthisis and other diseases.)** *Australian Med. Gaz. Februar 1888.*

B. rühmt den Werth des Menthols bei Larynxphthise, bei acuter catarrhalischer Angina und gewissen Affectionen der Nase. A. E. GARROD.

105) **Chr. Lemcke** (Rostock). **Beitrag zur Behandlung der narbigen Larynxstenosen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 13, S. 247.*

Bei einem Lehrer, der lange Zeit anscheinend an Phthisis gelitten hatte, stellte sich eine Larynxstenose ein. Es wurde zunächst versucht, dieselbe mit Schrötter'schen Bolzen zu erweitern. Dabei stellte sich heraus, dass die Narben sich durch den ganzen Larynx hindurch zogen. Nunmehr wurde die

Laryngofissur gemacht und die Narben mit dem Bistouri und dem Galvanokauter gespalten. Nachher wurde mit der Bolzen- und Bougie-Erweiterung lange Zeit fortgefahren und schliesslich Heilung erzielt. L. betont, dass es der erste Fall sei, in welchem durch Tuberculose narbige Kehlkopfsstenose bedingt worden sei (cf. dieses Centralblatt Jahrg. V., S. 519. Ref. No. 110, in welchem A. Rosenberg einen ähnlichen Fall mittheilt, den Ref. beobachtet hat, und J. Solis Cohen, Americ. Journ. 1888, p. 597).

Für die Behandlung der Narbenstenosen überhaupt will Verf. aus seinem Falle die Lehre ziehen, dass das Dilatationsverfahren auf laryngoscopischem Wege für leichte Fälle, in denen es sich um nachgiebige, einzeln vorhandene oder doch nur einen Theil der Larynx stenosirenden Narben handelt, als das vorzuziehende Verfahren gelten kann, dass aber die cylinder- oder röhrenförmigen, den ganzen Larynx einnehmenden Stenosen, deren Wandungen dazu noch nicht glatt, sondern durch derbe schwielige Narbenstränge buchtig und uneben erscheinen, nicht wohl das Object endolaryngealer Behandlung sein können, sondern dass bei ihnen die Laryngotomie das allein erfolgversprechende Verfahren ist.

B. FRAENKEL.

106) **Alexander** (Goldap). **Statistik der Rachitis und des Spasmus glottidis nach den Daten der medicinischen Poliklinik in Kiel.** Inaugural-Dissertation. Breslau. 1888.

Auf 727 rachitische Kranke treffen 12 Erkrankungen an Spasmus glottidis (1,65 pCt.), in keinem Fall von Spasmus glottidis fehlte der Nachweis der Rachitis. In der Reihe aller Complicationen der Rachitis nimmt der Spasmus glottidis eine niedere Stellung ein, ausgedrückt durch das Verhältniss von 5. Von den 12 Fällen von Sp. glott. kamen 7 auf das männliche, 5 auf das weibliche Geschlecht.

SEIFERT.

107) **Montagu Perceval** (Tasmania). **Antipyrin bei Laryngismus stridulus. (Antipyrin in laryngismus stridulus.)** *Lancet. 17. Nov. 1888.*

P. empfiehlt warm den Gebrauch von Antipyrin bei dieser Krankheit, er bezieht sich auf eine Reihe von 24 Fällen, die er so behandelt hat.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

108) **E. Martel. Pseudocroup. (Du faux croup.)** *Rev. Internat. des sc. méd. No. 4. 1888.*

In allen Fällen, die ihm zur Beobachtung kamen, konnte Verf. feststellen, dass die Krampfanfälle durch eine einfache Reizung der Schleimhaut zwischen den Aryknorpeln und in der vorderen inneren Partie, wo die Santorini'schen Knorpel sitzen, bedingt sind. Auf diese Anschauung basirt sich die locale Behandlung.

E. J. MOURE.

109) **H. Tamburrini** (Neapel). **Chorea des Larynx. (Corea laringea.)** *Arch. Ital. di Laringologia an VIII. No. 3. Juli 1888.*

Nachdem er über den klinischen Verlauf eines Falles von Chorea des Larynx berichtet hat, führt T. alle die Meinungen auf, die bis auf den heutigen Tag bezüglich der Pathogenese dieser Neurose geltend gemacht wurden.

Er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. die Chorea des Larynx ist eine Affection der sensiblen Sphäre und die motorische Störung ist eine secundäre (?);
2. der Name, den man dieser Krankheit gegeben, ist ungeeignet, denn Chorea des Larynx bezeichnet eine Störung der Bewegungen, nicht einen exspiratorischen Krampf;
3. der centrale Ursprung der Krankheit ist gegenwärtig nur Hypothese, und das Urtheil über den therapeutischen Werth der Electricität ist nicht gerade das beste Mittel, um die Pathogenese festzustellen.

In seinem Falle erzielte T. durch den Gebrauch von 2 oder 3 Cocaïn-Pulverisationen ($^1/_2$ g : 100 Wasser) Heilung. CARDONE.

110) X. **Uterushusten. (Toux uterine.)** *Paris Méd. 19. Mai 1888.*

Besprechung der These von Müller über diesen Gegenstand (vide Centralblatt 1887). E. J. MOURE.

111) D. Ssemtschenko (Petersburg). **Zur Frage der Keuchhusten-Bacterie.** *Pet. med. Wochenschr. No. 22 u. 23. 1888.*

Die Schlüsse, die man aus dieser Arbeit ziehen kann, sind: Die Bacterie Prof. Afanassjew's ist eine specifische; dieselbe findet sich im Auswurf vom 4. Tage der Erkrankung an, möglicherweise noch früher. Sie vermehrt sich allmälig im Organismus; dem entsprechend verschlimmert sich die Krankheit. Die Keuchhusten-Bacterie verschwindet vor dem gänzlichen Aufhören der Hustenanfälle (bei 4—2 Anfällen in 24 Stunden). Eine Complication beim Keuchhusten, z. B. eine catharrhalische Lungenentzündung, wird von einer sehr grossen Vermehrung der Keuchhusten-Bacterien im Auswurf begleitet. Die Pneumonie bei Keuchhusten ist verschieden von den uns bisher bekannten Formen von Pneumonie. Die Keuchhusten-Bacterie hat Bedeutung für die Aetiologie, Diagnose und für die Prognose. LUNIN.

112) Loewe (Gronau). **Zur Antipyrintherapie des Keuchhustens.** *Therap. Monatshefte. No. 4. 1889.*

Neben zahlreichen günstigen Erfolgen vom Antipyrin bei Keuchhusten hat L. auch 3 mal recht unangenehme Wirkung gesehen bei Kindern im Alter von 4 Monaten bis 2 Jahren. 2 mal wurden die Anfälle unter Zuständen höchster Erregung, Erbrechen, allgemeinen Krämpfen gesteigert, in einem 3. Fall trat Cyanose und Collaps ein. SEIFERT.

113) Vogel. **Pathologie des Keuchhustens.** *Zeitschrift für Therapie. No. 12. 1887.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

114) P. Silex (Berlin). **Apoplexie in Folge von Keuchhusten mit transitorischer Erblindung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 42, S. 842. 1888.*

Bei einem $1^3/_4$ Jahre alten Kinde mit Ausgang in Heilung. Dem Kinde war irrthümlich statt Calomel Morphium verabfolgt worden; und wurde von den

Angehörigen die Erkrankung auf das Morphium geschoben. S. weist nach, dass sie vom Keuchhusten abhing. B. FRAENKEL.

115) **Alexander** (Aachen). **Erblindung nach Keuchhusten.** *Deutsche Med. Wochenschrift. No. 11, S. 204. 1888.*

Zwei Fälle mit Bemerkungen. 1. Plötzliche Erblindung bei einem 3jährigen Knaben mit erhaltener Pupillarreaction. Tod an Hirnödem. 2. Neuroretinitis bei einem 12jährigen Mädchen. B. FRAENKEL.

116) **Coesfeld** (Barmen). **Ueber Pathologie und Therapie des Keuchhustens.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 9, S. 178. 1888.*

Polemik gegen das Referat Vogel's auf dem inneren Congresse 1887. C. hält den Keuchhusten für eine Neurose, schon deshalb, weil er bei taubstummen Kindern nicht vorkomme. B. FRAENKEL.

117) **R. Gualta. Antipyrin bei der Behandlung des Keuchhustens. (L'antipirina nella cura della pertosse.)** *Gass. med. ital. lomb. Milan. S. 215—226. 1888.*

Nicht erhältlich. CARDONE.

118) **Le Serrec de Kervely. Beitrag zum Studium des Hustens bei Keuchhusten. (Contribution à l'étude de la toux dans la coqueluche.)** *Thèse de Paris 1888.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

119) **Simpson** (Leicester). **Behandlung des Keuchhustens. (Treatment of whooping cough.)** *Provincial medical Journal. VII. S. 110. 1888.*

Nicht zugänglich. A. E. GARROD.

120) **D. P. Miller. Behandlung des Keuchhustens. (The treatment of pertussis.)** *Medical Register. Philad. 17. Nov. 1888.*

M. empfiehlt Carbolsäure innerlich und in Carbolsäurelösung 5,0—30 getränkte Tücher um den Kopf des Kranken herumzuhängen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **Fredk. E. Monby** (Wolverhampton). **Schwefelräucherungen bei Keuchhusten. (Sulphurous acid fumigation in whooping cough.)** *Practitioner. Aug. 1888.*

M. behauptet, dass das Verbrennen von ca. 25 g Schwefel auf einen Cubikmeter Luft im Schlafzimmer des Patienten während des Tages, und im Wohnzimmer während der Nacht (mit nachfolgender Lüftung) fast stets heilend auf den Stickhusten gewirkt habe. A. E. GARROD.

122) **E. Lamphear. Behandlung des Keuchhustens. (Treatment of whooping cough.)** *Daniel's Texas Medical Journal. Juli 1888.*

Verf. verspricht sich am meisten von den Bromsalzen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **Weissenberg. Statistischer Beitrag zur Behandlung des Keuchhustens mit Cocain.** *Allgem. med. Centralzeitung. XXXIII. 1887.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

124) **Geffrier. Behandlung des Stickhustens mit Antipyrin. (Du traitement de la coqueluche par l'antipyrine.)** *Revue génér. de clin. et de thérap. 2. August 1888.*

G. berichtet 3 Fälle zur Stütze seiner These. E. J. MOURE.

125) **P. Lucas Championnière** (Klinik von Charcot). **Tabische Larynxkrisen. (Crises laryngées tabétiques.)** *Journal de médicine et de chirurg. prat. October 1888.*

Verf. bespricht die verschiedenen Formen der tabischen Larynxkrisen: Suffocationsanfälle, leichte, intensive und schwere; Ictus laryngis; epileptiforme Krisen mit Contractur der Glottis; permanente Dyspnoe mit Paralyse der Cricoarytaenoidei postici. — Nichts Neues rücksichtlich der Behandlung.

E. J. MOURE.

126) **E. M. Ein Jahr bestehende Aphonie, augenblicklich geheilt durch endolaryngeale Elektrisirung. (Un cas d'aphonie datant d'un an guéri instantanément par l'électrisation endolaryngienne.)** *Revue internat. des Scienc. méd. No. 4. 1888.*

Es bestand eine Lähmung des linken Stimmbandes, die nach Durchleitung des electrischen Stromes schwand. E. J. MOURE.

127) **T. D. Savill** (London). **Hysterische Aphonie bei einer 71jährigen Frau. Heilung. (Hysterical aphonia in a woman aged seventy one. Recovery.)** *Lancet. 18. August 1888.*

Das Hauptinteresse des Falles liegt im Alter der an Emphysem und Albuminurie leidenden Patientin. Die Affection wurde durch die 2malige äussere Anwendung des faradischen Stromes quer durch den Larynx vollständig beseitigt.

A. E. GARROD.

128) **Simanowski** (Petersburg). **Ueber die Schwingungen der Stimmbänder bei Lähmungen verschiedener Kehlkopfmuskeln.** *Pflügers Archiv. Bd. 42. 1888.*

Die Thierversuche ergeben, dass alternirende Schwingungen der Stimmbänder auch im lebenden Kehlkopfe, gleichwie im künstlichen stattfinden können, dass ferner als Hauptbedingung für das Entstehen derselben die ungleiche Spannung beider Stimmbänder zu betrachten ist. Ausser den Untersuchungen an Hunden erstreckt sich solche auch auf einen Fall von halbseitiger Lähmung aller Kehlkopfsmuskeln mit Ausnahme des Crico-thyreoideus. Bei den stroboscopischen Untersuchungen stellte sich heraus, dass bei niedrigen Tönen das nichtgelähmte Stimmband regelmässige Schwingungen ausführte, während das gelähmte unbeweglich blieb, bei höheren Tönen machte auch das gelähmte Stimmband Schwingungen, aber viel schwächere und nur mit seinem inneren Randtheile. S. vermuthet, dass man in der stroboscopischen Beobachtung der Stimmbandschwingung nicht nur eine wichtige wissenschaftliche Untersuchungsmethode erhält, sondern auch ein wichtiges diagnostisches Hülfsmittel in Fällen verschiedener Störungen der motorischen Functionen der Kehlkopfmuskeln, sowie die Beschaffung von Anhaltspunkten für die Prognose in Bezug auf den Verlauf und Ausgang eines bestimmten Falles. SEIFERT.

129) **Edward Arthur Wright** (Huddersfield). **Ein Fall von Erschwerung der Athmung; Tracheotomie, schliessliche Heilung. (Case of obstruction to respiration, tracheotomy, ultimate recovery.)** *Lancet. 29. Sept. 1888.*

Patient, ein 12jähriger Knabe, hatte starke Athemnoth, metallischen Husten, etwas Aphonie und grosse Unruhe. Vor drei Tagen hatte er, nachdem er sich einer Erkältung ausgesetzt hatte, einen Frostanfall. Der Hals erschien, vom Mund aus gesehen, normal; ein Retropharyngealabscess war nicht zu fühlen. Temp. 38,5 ° C., Lungen gesund. Die Symptome nahmen in den nächsten Tagen zu, und es traten beunruhigende Paroxysmen von Dyspnoe auf. Eine Membran wurde nicht ausgehustet. Die Unruhe des Patienten schloss eine befriedigende laryngoscopische Untersuchung aus.

8 Tage, nachdem Patient zum ersten Mal gesehen worden war, wurde die Tracheotomie ohne Narcose gemacht, da die Mutter sich der Operation so lange widersetzte, bis Erstickung drohte. Eine in die Trachea eingeführte Feder brachte keine Membran heraus.

Die Operation schaffte nur geringe Besserung: das Hinderniss sass offenbar tiefer abwärts. Ein mit einem Stilet bewaffneter elastischer Gummicatheter wurde in die Wunde eingeführt und abwärts getrieben, bis nahe an die Bifurcation der Trachea, wo man ein Hinderniss fand. In dem Glauben, dass es ein Fremdkörper sei, drückte W. abwärts, als ein Strahl übelriechenden Eiters aus der Tracheawunde kam. Die Athmung wurde allmälig leichter, und der Zustand des Knaben begann sich zu bessern. Der Ausfluss aus der Wunde blieb noch einige Tage reichlich; der Patient erholte sich jedoch schnell, ohne irgend welches schlimmes Symptom. — W. schliesst daraus, dass es sich um einen Abscess in Folge von Erkrankung der Bronchialdrüsen gehandelt habe, der gegen die Trachea drückte und glücklicherweise durch den Druck des Catheters eröffnet wurde.

A. E. GARROD.

130) **Tschamer** (Graz). **Zur Casuistik der Dysphagie bei Kindern in Folge von Erkrankungen der Bronchialdrüsen.**

Bei einem schwächlichen 3jährigen Kinde, das an häufig recidivirenden Bronchialcatarrhen laborirte, stellte sich Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme ein, später ausser der Dysphagie Circulationsstörungen, Druckerscheinungen von Seiten der Bronchien (Tracheostenose, Athemnoth in liegender Stellung, plötzlich auftretende Hustenanfälle). Diese Erscheinungen wurden als durch Compression von Seiten vergrösserter Lymphdrüsen bedingt angesehen. SEIFERT.

131) **R. F. Jowers** (London). **Primäres Lymphosarcom der hinteren Mediastinaldrüsen, übergreifend auf die rechte Lunge, mit Schwellung der Cervicaldrüsen. (Primary Lympho-sarcoma of posterior mediastinal glands, involving the right lung with enlarged cervical glands.)** *St. Bartholomäus Hosp. Rep. Vol. XXIII. S. 231. 1887.*

Pharynx, Larynx und Trachea waren frei, die Dyspnoe aber sehr gross; einmal wurde die Frage erhoben, ob es nicht räthlich sei, die Tracheotomie auszuführen und zu versuchen, den Catheter oder eine Canüle über das Hinderniss fortzuführen.

A. E. GARROD.

## f. Schilddrüse.

132) **P. Lupò** (Neapel). **Beitrag zur Histologie der Schilddrüse. Thyreoidectomie. Alterationen der nervösen Centren nach Totalexstirpation der Schilddrüse. (Contributo allo studio istologico della tiroide: tiroidectomia; alterazioni dei centri nervosi consecutive all' estirpazione totale della tiroidea; conseguenze per la parte chirurgica.)** *Il progresso medico. 15. October u. ff. 1888.*

L. berichtet in seiner Arbeit über die Ergebnisse seiner Beobachtung und der Experimente, die er im Institut für allgemeine Physiologie an der Universität Neapel angestellt hat.

Bezüglich der Histologie sagt L. nach Prüfung seiner Präparate, dass man in der Zusammensetzung der Schilddrüse auch einen lymphatischen Theil rechnen müsse. Derselbe ist sehr gross im ersten Alter, später wird er geringer. Man trifft ihn am leichtesten gegen die Peripherie der Drüse hin; bei Thieren (Hund, Katze etc.) ist er reichlicher, als beim Menschen.

L. hat nach Entfernung der Schilddrüse beim Hunde Untersuchungen des Nervensystems vorgenommen; er beobachtete mannigfache Störungen (Hämorrhagien, Atrophie etc.) an den Gefässen, den Ganglienzellen und den Nervenfasern; diese Störungen sind nicht constant in ihrer Localisation.

L. schliesst, dass ein directer Zusammenhang zwischen der Function der Schilddrüse und den nervösen Centren besteht. Deshalb ist die Totalexstirpation der Schilddrüse in der Chirurgie nicht zulässig. CARDONE.

133) **Zuccaro. Experimentelle Thyroidectomie. (Tiroidectomia sperimentale.)** *Gaz ospitali. 10. Juni 1888.*

Eine vorläufige Mittheilung, in der Z. sagt, dass oberflächlich auf jedem Lappen der Schilddrüse, oder wenigstens auf einem von beiden ein kleiner Lappen gelegen ist, der sich von der ganzen Drüse durch seine blassere Farbe und durch sein Hervorragen abhebt.

Die Exstirpation dieses kleinen Lappens führt bei Thieren beständig einen raschen Tod herbei unter den Erscheinungen der bekannten Cachexie.

CARDONE.

134) **Sighicelli. Behandlung der Epilepsie durch Galvanisation der Schilddrüse. (La galvanizzazione della tiroide negli epilettici.)** *Rivista Clinica etc. August 1888.*

Die Resultate der Behandlung waren die folgenden:

Bei 3 Kranken keine Besserung, bei 4 beobachtete S.:

1. In der ersten Zeit der Behandlung ein Steigen der Zahl der epileptischen Anfälle, in der Folge eine Verminderung;
2. fast gänzliches Verschwinden der prae- und postepileptischen Erscheinungen;
3. eine deutliche Verminderung in Dauer und Intensität der Anfälle und Fehlen der tonischen Krämpfe;
4. deutliche Besserung des Charakters und der psychischen Fähigkeiten der Patienten. CARDONE.

135) **Kocher** (Bern). **Vorkommen und Vertheilung des Kropfes im Canton Bern. Ein Beitrag zur Kenntniss der Ursachen der Kropfbildung.** Bei K. J. Wyss. Bern. 1889.

Uebereinstimmend mit der bekannten Arbeit von Bircher in Aarau über die Verbreitung des Kropfes und Cretinismus in der Schweiz, fand Kocher, welcher während 2 Jahren durch 26 seiner Schüler 76,606 Schulkinder im Canton Bern untersuchen liess, „dass eine gewisse Bodenbeschaffenheit eine Bedeutung für die Entwicklung des Kropfes hat. Die Beimengungen organischer und organisirter Bestandtheile zum Gesteine geben offenbar den Ausschlag und nicht der vermehrte Kalk- oder Magnesiagehalt des Wassers. Es zeigten im Gegentheil die kropfgefährlichen Wasser weniger Gehalt an mineralischen Bestandtheilen. Dagegen liess sich in denselben eine bedeutend grössere Zahl verschiedener Arten von Microorganismen, als in den nicht Kropf verursachenden Quellen nachweisen. Im Uebrigen hatten auch die Kropfquellen alle Eigenschaften vorzüglicher Trinkwasser. Die Thierversuche mit den Culturen der verdächtigen Bacterien sind noch im Gange und nicht zu beurtheilen. Besonders interessant ist auch das Ergebniss, dass es mitten in stark belasteten Kropfgegenden kropffreie Oasen giebt. Es liess sich nämlich mit Bestimmtheit nachweisen, dass z. B. im Haslithal sämmtliche Schulkinder aus einigen Häuserbezirken, welche ausschliesslich eine gewisse Quelle benutzten, kropffrei waren. Die kurze, aber inhaltsreiche Arbeit empfiehlt sich durch den Namen des Verf.'s allein genug. JONQUIERE.

136) **F. W. Cane** (Toronto). **Beziehungen des Kropfes zum Wahnsinn. (The relation of goitre to insanity.)** *Canadian Practitioner. Mai 1888.*

Nicht zugänglich. A. E. GARROD.

137) **Tansini. Beitrag zum Studium des angeborenen Kropfes. (Contributo alla studio del gozzo congenito.)** *Gazz. med. ital. lomb. No. 34.*

War nicht zugänglich. CARDONE.

138) **Péan** (Vorlesungen, gesammelt von Caperveche). **Die Zerstückelung bei der Abtragung von Geschwülsten. (Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs.)** *Gazette des hôpitaux. 14. u. 17. Juli 1888.*

Es handelt sich um eine Erläuterung der Methode des Autors, Tumoren zu zerstückeln und abzukneifen, und um ihre Anwendung hauptsächlich bei der Abtragung von Tumoren der Schilddrüse. E. J. MOURE.

139) **F. Dionisio. Tumor der Schilddrüse. Exstirpation. Heilung. (Tumore della tiroide, estirpazione, guarigione.)** *Gaz Med. Turin. 5 Oct. 1888.*

Es handelte sich um ein theilweise myxomatöses Adenom. CARDONE.

140) **Mc Mordie** (Belfast). **Rapide Entwicklung einer Schilddrüsencyste. (Rapid developement of thyroid cyst.)** *Lancet. 28. Juli 1888.*

Patientin war eine junge Person von 20 Jahren, bei der sich eine grosse Schilddrüsencyste in 7 Tagen ausbildete. Der Tumor hatte etwa die Grösse einer kleinen Orange, bei der Punction wurde eine geringe Menge klarer seröser Flüssigkeit abgelassen. A. E. GARROD.

141) **E. Decressac. Ein Fall von Hydatidencyste der Schilddrüse.) (Un cas de kyste hydatique du corps thyroide.)** *Gaz. des hôpitaux 1 Sept. 1888.*

Bei einem jungen Mann von 22 Jahren, der eine mit der Schilddrüse fest verwachsene Hydatidencyste hatte, die ohne Erfolge punctirt war, machte Peyros die Exstirpation des Cystensackes; er erzielte einen vollen Erfolg.

E. J. MOURE.

142) **Parmentier. Krebs der Schilddrüse. (Cancer du corps thyroide.)** Soc. anat. de Paris. 1888.

P. beobachtete eine 42jährige Frau mit Krebs der Schilddrüse, bei der sich diese Geschwulst in einer schon vom Kropfe befallenen Drüse entwickelte. Ausser den gewöhnlichen klinischen Symptomen (Dyspnoe, Dysphagie, ins Gesicht und nach dem Nacken ausstrahlenden Schmerzen) ist besonders zu nennen eine Leucocytose, die weit beträchtlicher war, als sonst bei Carcinomen der Fall ist. Der Tod trat nach 3 Monaten in einem dyspnoischen Anfall plötzlich ein. Metastasen waren nicht vorhanden. Dem histologischen Befunde nach lag ein Epitheliom vor.

E. J. MOURE.

## g. Oesophagus.

143) **J. Boas** (Berlin). **Ein Fall von Rumination beim Menschen mit Untersuchung des Magenchemismus.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 31, S. 687. 1888.*

Bei einem 18jährigen Manne. Die Cardia wurde verschlussfähig gefunden.

B. FRAENKEL.

144) **Berrez. Einfaches Oesophagusgeschwür. (De l'ulcère simple de l'oesophage.)** *Lecrosnier et Gabé édit. Paris 1888 u. Journ. des connaiss. méd. 22. September 1888.*

Nichts Neues. Der Artikel in dem Journal giebt einen Auszug aus der Arbeit.

E. J. MOURE.

145) **G. Lemoine. Das einfache Oesophagusgeschwür. (De l'ulcère simple de l'oesophage.)** *Revue gén. de Clin. et de Therap. 15. Sept. 1888.*

Verf. studirt Pathogenese, Symptome und Diagnose dieser Krankheit. Nichts Neues.

E. J. MOURE.

146) **H. Martin Doyle** (London). **Eine Münze, die 4 Monate im Oesophagus steckte. (A coin retained in the oesophagus four months.)** *Lancet. 10. November 1888.*

Die Ueberschrift erklärt den Inhalt der Arbeit; der Patient ist ein 4jähriger Knabe.

A. E. GARROD.

147) **Weil. Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus. (A propos d'un cas de corps étranger de l'oesophage.)** *Revue médicale de l'Est. 1. August 1888.*

Es handelt sich um einen 50jährigen Mann, der ein grosses Stück Fleisch verschluckt hatte, das im Oesophagus stecken geblieben war. Dasselbe wurde mit der Sonde in den Magen gestossen.

E. J. MOURE.

148) **Fritz James Molony** (Porlock). **Zufälliges Verschlucken eines Nagels; Behandlung mit Salzsäure. (Accidental swallowing of a nail; treatment by hydrochloric acid.)** *Brit. Med. Journal. 14. Juli 1888.*

Patient, ein Zimmermann, hatte einen 6 cm langen Nagel verschluckt. Die Nahrung wurde auf Brot und Milch beschränkt und grosse Dosen Acid. hydrochl. gegeben. Nach den ersten beiden Tagen wurde der Stuhl schwarz, und der Schmerz wie die Empfindlichkeit des Magens liessen allmälig nach. M. glaubt, dass die mineralische Salzsäure das Eisen auflöst, indem sie ein lösliches Salz herstellt. A. E. GARROD.

149) **Salzer** (Wien). **Die Kartoffelcur bei Fremdkörpern im Magen.** Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien, am 28. December 1888. *Wiener klin. Wochenschr. No. 3. 1889.*

S. demonstrirte mehrere Fremdkörper, als ein Zwei-Deca-Gewicht, ein 5 cm langes und 3 cm breites künstliches Gebiss, mehrere spitze Nadeln und Knochenstücke, welche anstandslos aus dem Magen per anum abgingen, nachdem man die Patienten durch einige Tage mit grossen Mengen von Kartoffeln in den verschiedensten Zubereitungsarten gefüttert hatte. Dadurch wird oft die Gastrotomie unnöthig gemacht. CHIARI.

150) **Max Einhorn. Ein Fall von Dysphagie mit Erweiterung des Oesophagus. A case of dysphagia with dilatation of the oesophagus.** *N. Y. Medical Record. 29. December 1888.*

Der Fall muss in die Gruppe von Dilatation des Oesophagus ohne irgend eine anatomische Stenosirung eingereiht werden. Bisher wurde solcher Fall als primäre Erweiterung des Oesophagus angesprochen, aber gleich Meltzer ist E. geneigt, in der Dilatation nur die Folgeerscheinung irgend einer anderen primären Störung zu erblicken. Höchstwahrscheinlich lag ein Mangel in der reflectorischen Erschlaffung oder Oeffnung der Cardia beim Schlingact vor. Meltzer zeigte, dass der Act des Schluckens jedesmal durch Reflexaction die Cardia öffnet. Nimmt man an, dass das Centrum oder die Bahn dieser Reflexaction an irgend einer Stelle gestört ist, so dass die Cardia beim Schlucken nicht erschlafft, so muss sich nothwendigerweise eine gewisse Schwierigkeit beim Ueberführen der Nahrung aus dem Oesophagus in den Magen ergeben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

151) **Mosny. Tuberculose des Gehirns; Localisation; Perforation des Oesophagus durch eine tuberculöse Drüse. (Tuberculose cérébrale, localisation. Perforation de l'oesophage par un ganglion tuberculeux.)** Soc. anat. in: *Bullet. méd. No. 28. 8. April 1888.*

Der Titel zeigt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

# III. Kritiken und Besprechungen.

## Amerikanische Laryngologische Gesellschaft.

**Zehnte Jahresversammlung, abgehalten in Washington, Dienstag, Mittwoch und Donnerstag den 18., 19. und 20. September 1888.**

Vorsitzender: Dr. Rufus P. Linoln (New-York).

„Ein Jahrzehnt Laryngologie“. Dies war der Gegenstand der Ansprache des Vorsitzenden, in der er ausführte, dass die Ziele der Gesellschaft in der ersten Jahresversammlung von dem unvergesslichen Elsberg in klarer Weise formulirt worden sind. Sie kamen, in Kürze, darauf hinaus, dass die Versammlung ein Ort werden solle, wo die Männer, die sich verwandten Bestrebungen in der praktischen Medicin widmen, mit einander bekannt und wo geschlossene Freundschaften befestigt wurden; dass sie jährliche Zusammenkünfte haben solle zur Mittheilung und weiteren Verbreitung originaler Arbeiten und zur Discussion über Themata aus dem Gebiete der Laryngologie; dass ihre Verhandlungen in geeigneter Form für die Mitglieder und auch für das weitere ärztliche Publikum veröffentlicht werden sollen; dass sie eine laryngologische Bibliothek einrichten solle; dass Preise ausgeschrieben werden sollten für werthvolle Beiträge zur laryngologischen Wissenschaft; dass Special-Krankenhäuser oder Abtheilungen in bereits bestehenden Hospitälern für Halskranke bestimmt werden sollten; schliesslich sollten ihre Mitglieder die Anerkennung für die Laryngologie dadurch suchen, dass an den verschiedenen medicinischen Schulen im Lande ein specieller Lehrstuhl für den Unterricht in diesem Fache bestimmt würde. Abgesehen von den Preisausschreibungen sind alle diese Forderungen erfüllt worden. Eingehend auf die Zahl der Originalbeiträge, die bei den früheren Versammlungen der Gesellschaft zum Vortrag gebracht wurden — von den Ansprachen der Vorsitzenden sah er dabei ab —, fand der Redner, dass 194 wissenschaftliche Vorträge gehalten worden seien. Viele davon wurden durch Skizzen, photographische Abbildungen und anatomische oder mikroscopische Präparate illustrirt oder auch von der Vorstellung der lebenden Patienten begleitet. Diese Beiträge, die bei den Zeitschriften sehr begehrt waren, kamen in dem jährlichen Bande der Congressverhandlungen zur Veröffentlichung. Einem Versuche, den Specialismus herabzusetzen oder vielmehr das Verhältniss der Specialisten zum Patienten und zum Aerztestande zu kritisiren, könnte gegenwärtig mit dem Hinweis auf die Leistungen dieser Versammlung begegnet und die Antwort gegeben werden: Wenn ein Mangel an Harmonie vorläge, so müsse die Schuld eher dem Fehler des Individuums, als einem Princip beigemessen werden. Je ausgesprochener der eine ein Specialist sei, je weniger der allgemeine Arzt „Vorliebe für ein gewisses Feld“ habe, um so weniger sei Aussicht für Uneinigkeit zwischen beiden.

Imaginäres Larynxgeschwür: Dr. George M. Lefferts (New-York) sprach über dieses Thema. Der Fall, um den es sich handelte, betraf einen Patienten, der zum Arzte kam mit der Klage über Schmerzen in einem Theile

der Zunge, die ihm zu dem Glauben Anlass gaben, dass er an einem Geschwür leide. Obgleich keine Ulceration zu entdecken war, selbst nicht bei sorgfältigster Untersuchung, war das Gefühl eines solchen bei dem Kranken doch in Wahrheit vorhanden. Da die Ursache der Krankheit unbekannt war und die gewöhnliche Behandlung ohne Erfolg blieb, forderte die Sache unsere Aufmerksamkeit heraus.

Das Leiden erhielt seinen Namen von Verneuil. Die klinischen Erscheinungen waren gewöhnlich die folgenden: Der Patient, Mann oder Weib — die Affection betraf beide Geschlechter mit gleicher Häufigkeit und fiel vom 35. bis in's 50. Lebensjahr — stellte sich vor mit Klagen über intensive Schmerzen gewöhnlich von lancinirendem oder ausstrahlendem Charakter, die auf die halbe Zunge — zumeist die linke Hälfte — beschränkt waren und sich von der Basis gerade gegenüber und unterhalb der Tonsille vorwärts bis zur Zungenspitze erstreckte. Der Schmerz konnte auch circumscripter sein und in der Vereinigung des hinteren mit dem mittleren Zungendrittel oder nahe dem Sitz der hinteren lenticulären Papillen seine Grenze haben. Er war mehr oder weniger intermittirend, selten constant. Bewegungen der Zunge, die übrigens frei ausführbar waren, verstärkten den Schmerz; oft wurde derselbe durch den Act des Kauens gesteigert und durch heisse oder reizende Speisen erregt. Der Patient lebte in beständiger Furcht vor Krebs, wurde muthlos und war nicht zu überzeugen, dass keine Ulceration bestand. — Solche Patienten waren keineswegs stets als Hypochonder anzusehen, wie es gethan worden ist. Im Gegentheil, die Affection traf Leute, die keine Zeichen eines neurotischen oder nur nervösen Temperamentes darboten; gelegentlich sah man sie bei Personen, die alle Erscheinungen festester Gesundheit besassen und darboten, und es ist ein Irrthum, den man beging und auch heute noch begeht, nur der Einbildung und der Furcht des Patienten zuzuschreiben, was thatsächlich besteht als zweifelloses und, wenn auch nicht immer nachweisbares, doch objectiv vorhandenes und schmerzvolles Factum. Die Zunge bot bei der Untersuchung ein normales Aussehen dar, sofern nicht infolge unzweckmässiger Behandlung oder aus irgend einem anderen Grunde ein gewisser Reizzustand vorlag, der sich in Vergrösserung der Papillen und in grösserer oder geringerer Schwellung der Zunge aussprach. Verneuil, und wie man glaubte auch Labbé, sahen diese Affection als eine rein neuralgische an. Fournier, Lollé, Hardy, Luys und Magitot betrachteten die Symptome als hypochondrische. Poyet wollte dies imaginäre Leiden auf einen von 4 Gründen zurückgeführt wissen: 1. auf Neuralgie der Zunge, 2. auf Einbildung, die den Kranken zum Verdacht auf Krebs führe, 3. auf Hypochondrie und 4. auf Psoriasis linguae. Sicher sind Fälle beobachtet worden, die keiner dieser 4 Ursachen zuzuschreiben sind und wo jede locale Reizung — wie die von schlechten Zähnen, von Amalgamfüllungen der Zähne oder von Krankheiten des Zahnfleisches — beseitigt war. Die allgemeine oder locale Ursache blieb unbekannt. Eine urtheilslose, gewohnheitsmässige Behandlung mit localen Applicationen war nicht nur unnütz, sondern verschlimmerte oft das Uebel. Kein Mittel hatte durchgehend Erfolg. Cocain- oder Aconitpinselungen halfen bisweilen, blieben aber oft auch ohne Wirkung, und dasselbe muss auch von all den verschiedenen Behandlungsmethoden gelten, die bei Neuralgie angewendet werden. Electricität erwies sich

von Nutzen. Subcutane Injectionen schmerzstillender Mittel sind empfohlen worden, selbst der Galvanocauter. Die Neurotomie ist zu verwerfen, vornehmlich wegen der Unmöglichkeit, zu erweisen, ob der Nervus lingualis oder der Glosso-pharyngeus erkrankt ist.

Die Absicht des Vortrages war nur, diese seltene und eigenthümliche Krankheit in's richtige Licht zu setzen und die Frage ihrer Behandlung zur Discussion zu stellen.

Ein Fall von chronischer subglottischer Stenose des Larynx; Behandlung mit der Dilatation: Dr. Frank Donaldson (Baltimore) gab in seinem Vortrag die Geschichte des Falles; die Patientin, eine Frau von 34 Jahren, bot im October 1887 einen Zustand von Stenose unterhalb der Glottis dar, der wahrscheinlich eine Folge diphtheritischer Entzündung mit nachfolgender Narbenbildung und Contraction durch membranartige Stränge war. Schrötter's lange perforirte Hartgummiröhren wurden angewendet, zuerst No. 1, allmälig aufsteigend bis zu No. 5, nachdem zuvor der Larynx mit einer 15 proc. Cocainlösung bepinselt war.

In der Folgezeit waren nach einer catarrhalischen Attacke geringe Athembeschwerden aufgetreten und es lag die Möglichkeit vor, dass die obstruirende Membran sich wieder bilden könne. — Sonst war die Heilung eine vollständige.

Stenose des Larynx und der Trachea. — Dr. Carl Seiler (Philadelphia) berichtete über einen Fall, der manche Eigenthümlichkeiten darbot. Erstens hatte der Patient, ein kleiner Knabe, gelernt, hörbar zu articuliren, ohne dass auch nur ein wenig Luft den Kehlkopf passirte. Er brachte die articulirten Laute dadurch hervor, dass er Mund- und Rachenhöhle mit Luft füllte und diese dann durch eine plötzliche Contraction der Rachenconstrictoren vorwärts über die natürlichen Hindernisse [? Red.] hinaustrieb; so bildete er die Consonanten. Ein zweiter besonderer Punkt war die eigenthümliche Art der Operation, die zur Heilung der Stenose unternommen wurde. Sie bestand in einer äusseren Incision durch die 2 obersten Trachealringe und die Cartilago cricoidea. Dann wurde der Finger des Operateurs durch den Mund in den Larynx eingeführt, der Tumor, der die Stenose veranlasste, nach abwärts gedrängt und von unten her durch die äussere Wunde mit der Zange entfernt. Die Luftröhrenstrictur war tiefer abwärts gelegen, gerade über der alten Trachealwunde, und war die Folge einer Ulceration nach der ursprünglichen Tracheotomie, welche der nunmehr vorgenommenen Laryngotomie voraufging. Die Strictur beschränkte das Lumen der Trachea auf ungefähr $^1/_3$ Zoll. Die Methode zur Heilung dieser Strictur bestand einfach darin, dass die Canüle aus der alten Wunde herausgenommen und in die obere Wunde durch die Strictur hindurchgeführt wurde. Am Ende des ersten Monats wurde die Canüle entfernt; der Patient hatte keine Athembeschwerden und lernte bald seine Stimme wie andere Kinder zu gebrauchen.

Syphilitische Trachealstenose. — Dr. John N. Mackenzie (Baltimore) berichtete über den Verlauf eines Falles von syphilitischer Stenose der Trachea.

Strictur des Larynx bei ausgedehnter Narbenbildung in einem

Falle von tuberculöser Ulceration. — Dr. J. Solis Cohen (Phila delphia) stellte einen interessanten Fall dieser Art vor.

Ein Instrument zur Eröffnung des Larynx ohne vorhergehenden Hautschnitt. Diese bescheidene Ueberschrift trug der treffliche Vortrag von Dr. Holden, in dem er eine neue und sichere Methode zur Ueberwindung von Undurchgängigkeiten des Kehlkopfes beschrieb. Zuerst gab der Redner eine kurze Aufzählung der zahlreichen Ursachen und all der plötzlichen Zufälle, bei welchen man das einzige Mittel, das Leben zu retten, darin erblicken darf, dass man den Luftzutritt zu den Lungen in möglichster Eile freigiebt. Eine lange Liste von Fehlern, Zufällen und Gefahren, die der Intubation eigenthümlich sind, wurde ergänzt durch eine ziemlich ähnliche Erörterung aus der Geschichte der Tracheotomie.

Das ingeniöse Instrument, das H. vorstellte, ist dazu bestimmt, die meisten dieser unglücklichen Complicationen unmöglich und zugleich die Operation leichter und kürzer zu machen. Dünne Silberblätter werden durch die Membrana crico-thyreoidea eingeführt und zwischen die Stimmbänder vorgeschoben. Nun werden die beiden kurzen äusseren Enden, welche im rechten Winkel zu dem übrigen Blatt stehen und da. wo sie die Wunde erreichen, durch ein Charnier vereinigt sind, durch Aufeinanderdrücken getrennt; wenn man nämlich die äusseren Enden zusammendrückt, trennt man die inneren Blätter zwischen den Stimmbändern.

Die Vortheile der Methode sind: die Leichtigkeit der Einführung und Entfernung; die Unmöglichkeit einer Verlagerung; das Athemholen durch die natürlichen Wege; — kein Zwischenfall beim Schlucken.

Die Methode ist auch zur Entfernung von Fremdkörpern in der Trachea sehr geeignet.

Zwei interessante Fälle aus der laryngologischen Abtheilung des Lariboisière-Hospitals. Der Secretär verlas eine Mittheilung von Dr. A. Gouguenheim (Paris) über 2 Fälle. Der erste Fall war ein Larynxcarcinom bei einem 56 Jahre alten Arbeiter, bei dem 1887 die Tracheotomie ausgeführt worden ist. Wegen der Ausdehnung der Erkrankung auf die Wunde und die Trachea abwärts war es nothwendig, eine längere Canüle anzuwenden, deren tieferer Theil biegsam sein sollte. Mathieu (Paris) erfüllte diese Anforderungen, indem er die untere Portion der inneren Canüle aus einer Spirale und beweglich herstellte. Ein Hartgummibougie wurde zur Einführung der äusseren Canüle gebraucht. Trotz der Unregelmässigkeiten des Weges liess sich das Instrument leicht einführen und entsprach dem Zweck, für den es bestimmt war. Bemerkenswerth war es, dass die Canüle im Gegensatz zu den gewöhnlichen Canülen in situ blieb, wenn die Bänder, mit denen sie um den Hals befestigt war. sich gelöst hatten. Das Instrument war aus Silber gefertigt.

Der zweite war ein Fall von Perforation der Wange mit Eröffnung der Kiefehöhle bei einer 30jährigen Arbeiterin; dieselbe war durch Necrose, einer Folge von Syphilis, herbeigeführt worden.

Der Secretär meldete den Empfang einer Mittheilung von Dr. E. J. Monel (Bordeaux) über: Acutes Oedem der Regio subglottica und des tie-

feren Pharynx bei einem Diabetiker, dieselbe wurde in gleicher Weise verlesen. Ein Vortrag über Parasiten in der menschlichen Nase von Dr. D. N. Rankin (Alleghany City, Pa.) wurde in Abwesenheit des Verfassers von Dr. C. H. Knight (New-York) zur Verlesung gebracht.

Der Aufenthalt in gewissen Höhenorten als Heilmittel für Kehlkopfschwindsucht. Der Secretär verlas eine Schrift mit diesem Titel, die von Dr. Clinton Wagner (New-York) mitgetheilt war. Derselbe lenkte die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass 33 pCt. aller Fälle von Lungenschwindsucht auch an Larynxphthise erkrankten; er ging dann über zur Erörterung der relativen Vortheile hoher Punkte, wie sie durch Davos-Platz und Colorado Springs repräsentirt werden, und tiefer gelegener Höhenorte, wo die Luft feucht und warm ist. Die Einwände gegen einen der hochgelegenen Orte beziehen sich auf die Trockenheit der Luft und den schnellen Witterungswechsel; man kann aber diesen Mängeln begegnen, wenn man den Patienten instruirt, durch die Nase zu athmen und mit grösster Sorgfalt Erkältungen zu meiden. Dr. Wagner hält die Larynxphthise stets für secundär. Er berichtete über 4 Fälle dieser Krankheit, die in Colorado Springs geheilt wurden, doch meint er, dass der Klimawechsel von keinem Belang sei für diese Affection, sofern der Zustand schon aus dem der Induration in den der Ulceration übergegangen sei. Im Winter sollten solche Patienten im Höhenklima sich bei Sonnenuntergang von der Aussenluft zurückziehen.

Ueber: „Eine bisher nicht beschriebene Neurose des Gehörapparates, die mit Coryza sympathetica nahe verwandt ist", sprach Dr. John N. Mackenzie (Baltimore). Bereits in einer früheren Abhandlung über „Vasomotorische Neurosen der Athemwege" hatte er die Aufmerksamkeit auf einen mit vasomotorischer Coryza nahe verwandten Zustand des Gehörapparates gelenkt; er konnte jetzt über einen neuen, die Krankheit illustrirenden Fall berichten: Eine Dame von 42 Jahren, verheirathet, litt an einer eigenartigen Affection des Ohres, die periodisch jeden Sommer auftrat. Da sie an Wohlstand gewöhnt, in späteren Jahren in ihren Verhältnissen arg heruntergekommen war, hatte mancher Druck auf ihr Nervensystem gewirkt; jedoch war sie nicht als nervös und auf keinen Fall als hysterisch zu bezeichnen. Das Eintreten des Leidens war ein plötzliches gewesen; am ersten Tage des Juni befiel es beide Ohren. Auf unerträgliches Jucken im Gehörcanal und an der correspondirenden Seite des Halses folgte bald eine Schwellung der bekleidenden Membran entlang dem Ohrcanal, bis der Gehörgang vollständig verschlossen war. Die Oberfläche der geschwollenen Häute war äusserst empfindlich und verbot die Anwendung localer Applicationen bis auf warmes Wasser. Hierauf entwickelte sich eine Mittelohrentzündung und Verschluss der Tuba Eustachii. Die Affection beschränkte sich bei jeder Attacke auf eine Seite, doch betraf der Rückfall gewöhnlich das Ohr, das im Vorjahre frei geblieben war. Die Anfälle traten 4 Wochen lang fast täglich auf und verschwanden dann plötzlich. Während des letzten Sommers, den Patientin in einem „Heufieber-Kurort" zubrachte, entging sie zum ersten Mal in 22 Jahren dem Leiden.

Der Fall hat Interesse, weil er eine bisher nicht bekannte und nie be-

schriebene Ohraffection darstellt und weil er weitere Beweise liefert für die vom Vortragenden selbst vertretene Lehre von der Rolle des Sympathicus bei den sogenannten vasomotorischen und vasoneurotischen Affectionen der oberen Athemwege, schliesslich als prägnante Illustration des Gesetzes: „Der Ort, wo vasomotorische Reflexerscheinungen auftreten, wird, wenn alle anderen Verhältnisse gleich liegen, abhängen von dem Sitz des pathologischen Vorganges oder von der Localisationsstelle der peripherischen Erregbarkeit.“ In diesem Falle wurde der Process in der Nachbarschaft durch das Ganglion oticum geregelt, während bei der gewöhnlichen Form der Erscheinungen von der Conjunctiva und von der Nase aus die vasomotorische Quelle vom Ophthalmicus geliefert wird. Wenn diese Affectionen genauer studirt sind, dürften sie wohl auf die Pathologie der sympathischen Nerven einiges Licht werfen.

Weitere Forschungen über die Existenz eines Rindencentrums für die Bewegungen des menschlichen Kehlkopfes. Dr. D. Bryson Delavan (New-York) sprach über dieses Thema. Die mikroscopische Untersuchung der vorgestellten Präparate war noch nicht vollendet. Bestimmte Schlüsse betreffs der wahren Natur und der Lage der Verletzungen in dem berichteten Falle müssen daher auf eine spätere Zeit vertagt werden.

Oesophagotomia interna nebst Berichten über günstig verlaufene Fälle. Dr. John O. Roe (Rochester, N.-Y.), der hierüber vortrug. erachtete es in Fällen von narbiger Stenosirung des Oesophagus für sicherer, einige lineare, etwa 2 Millimeter tiefe Incisionen vor dem Versuch einer Dilatation in die Narbe zu machen, als sogleich ohne dies die Erweiterung zu versuchen. Wäre die Narbe hufeisenförmig und beträfe nicht die ganze Circumferenz des Oesophagus, so könnten die Versuche, eine Sonde durch die Verengerung zu zwingen, leicht eine Durchreissung des gesunden Theiles herbeiführen. Deshalb verdiene der Vorgang, vor der Dilatation zu beiden Seiten und hinten kleine Einschnitte zu machen, den Vorzug.

Reflexbeziehungen zwischen der Dyspepsie und der Schleimhaut der oberen Luftwege. Dr. Beverley Robinson (New-York) constatirte, dass, wenn Catarrh der oberen Luftwege bereits vorgelegen hat, die Dyspepsie ihn zu bedeutender Ausdehnung steigert, da die Gase beim Aufstossen als Reize wirken und die sauren Stoffe, die reichlich Buttersäure und entsprechende Componenten enthalten, auch die Sache schlimmer zu machen streben. Andererseits aber kann die Dyspepsie eine Folge des Catarrhs und dadurch bedingt sein, dass soviel von dem vermehrten Secret geschluckt wird, dass dies die Verdauung in Unordnung bringt und einen Magencatarrh herbeiführt. In diesen Fällen heilt eine Behandlung des Catarrhs auch die Dyspepsie. Ein anderer Punkt, dem wohl eine ursächliche Bedeutung zukommen kann, ist der, dass die Luft, die die erkrankten Wege passirt, so fötide werden kann, dass sie, wenn sie geschluckt wird, abnorme Zustände hervorrufen muss.

Dr. Robinson schloss mit der Bemerkung, dass es für jeden Specialisten wichtig wäre, seine Thätigkeit gelegentlich vom Standpunkte des allgemeinen Praktikers beurtheilt zu sehen; nur so verhindere man, dass jener sich ausschliesslich den speciellen Behandlungsmethoden ergebe.

Zur Anatomie der Nasenhöhlen. Dr. Harrison Allen (Philadelphia) machte Mittheilungen zur Anatomie der Nase und illustrirte seine Bemerkungen durch Vorzeigung von Schädeln und Spirituspräparaten von Durchschnitten menschlicher Köpfe.

Eine der besprochenen Thatsachen ist die Differenz in der Bildung zwischen der rechten und der linken Nasenhöhle, die sowohl durch knöcherne, wie durch noch mit den Weichtheilen bekleidete Präparate bewiesen wurde. Die Statistik zeigt, dass eine vollständige Symmetrie der Höhlen und des Septums sehr selten ist. Verbiegungen ganz geringen Grades sind fast allgemein. Weniger von diesen sind angeborene, als man wohl bisher annahm. Die gewöhnliche Lage während des Schlafes ist eine vorwiegende Ursache. Die Behauptung wurde durch Präparate von Schädeln illustrirt und von statistischen Erhebungen begleitet, die theils von den eigenen äusserst zahlreichen Untersuchungen herstammten, theils von verschiedenen Beobachtern gesammelt waren. Dr. Frank Baker (Washington) bemerkte, dass möglicherweise die von Dr. Allen wahrgenommenen Thatsachen betreffs des Vorkommens von Unregelmässigkeiten und Ablenkungen in der vorderen Partie zu einer verticalen, durch die Foramina ethmoidalia anteriora gehenden Ebene eine morphologische Bedeutung hätten. Diese Gegend sei durch die orbitalen und nasalen Fortsätze im embryonalen Schädel gebildet; zuerst sei eine knorpelige Kapsel von relativ beträchtlicher Grösse da; die verschiedenen Höhlen — Sinus maxillaris, frontalis, ethmoidalis — würden durch Blasenbildung und Absorption gebildet. Die Gegend sei in dieser Hinsicht physiologisch sehr eigenthümlich. Wahrscheinlich würde man bei weiterer Prüfung sehen, dass sie nicht durch eine so willkürlich gezogene Ebene, wie die von Dr. Allen angenommene, begrenzt wird.

Bemerkungen über einen Fall von Caries des Nasenbeins, complicirt durch Meningitis. Glücklicher Ausgang bei Behandlung mit dem chirurgischen Drillbohrer. Dr. William C. Jarvis (New-York) sprach über diesen Gegenstand.

Ueber: Die Behandlung der atrophischen Rhinitis mit dem galvanischen Strom sprach Dr. J. H. Hartman (Baltimore); er zeigte Electroden, die er als besonders geeignet für diesen Zweck befunden hatte.

Eine Photographische Studie des Kehlkopfbildes während der Bildung der Register beim Singen gab Dr. Thomas R. French (Brooklyn N.-Y.). Er bediente sich des Calciumlichtes, um die photographischen Bilder auf eine spanische Wand zu werfen. [Die Demonstration war sehr gelungen, und obgleich sich in der Discussion, die auf den Vortrag folgte, ein Mangel an Uebereinstimmung darüber kund gab, was das Register begründe und welche Functionen der Kehlkopf bei der Registerbildung habe, herrschte doch nur eine Meinung über den Werth von French's Arbeit.] Mittelst einer Laterna magica wurde eine grosse Zahl Momentphotographieen des Larynx während der Bildung verschiedener Töne auf den Schirm geworfen und von Dr. French analysirt. Zu sehr deutlicher Anschauung gelangte dabei der plötzliche und vollständige Wechsel in der Form des Kehlkopfes und der Stellung der Stimmbänder in dem Augenblick, wo der Wechsel der Stimmlage eintrat; sowohl wenn hohe Noten, eine

nach der anderen, gesungen wurden, bis der Sänger sich gezwungen sah, den Ton oder die Qualität der Stimme so zu ändern, dass er den Ton mit grösserer Leichtigkeit bilden konnte, als auch dann, wenn er gezwungen war, vom Brust- zum Kopfregister überzugehen. Bei tieferen Noten waren die Stimmbänder länger, schlaffer und weniger eng einander genähert; je höher der Ton genommen wurde, um so straffer waren die Stimmbänder und ihre Ränder einander um so dichter genähert. Gerade bevor der Wechsel eintreten musste, war durch die Aneinanderlagerung der vorderen Partie der Stimmbänder ein Hinderniss gebildet, und es waren nur an der hinteren Partie Vibrationen möglich. Trat der Wechsel ein, so war plötzlich eine Veränderung in Form und Aussehen des Larynx infolge verschiedener Spannung der Muskeln da. Die Stimmbänder waren wieder in ihrer ganzen Länge getrennt, sie näherten sich in ihrer Stellung dem Verhalten, das wir beim Bilden tieferer Töne des voraufgegangenen Registers gesehen hatten; es folgte nun der nämliche Wechsel in Spannung und Aneinanderlagerung der Ränder bis zum nächsten Registerwechsel. Nach diesem zweimaligen Wechsel der Stimmlage nahmen die Stimmbänder wieder ihre frühere Form an, aber in einem auf ein höheres Register eingestellten Kehlkopf. Das analytische Studium dieser Veränderungen müsste für wissenschaftlich durchgebildete Musiker von grösstem Werthe sein. Es zeigte sich deutlich, wie den Stimmbändern excessive Anstrengung beim Singen hoher Töne durch diesen Wechsel des Registers erspart wird.

Congenitaler knöcherner Verschluss der Choanen bei einem Kinde, geheilt durch chirurgische Behandlung. Dr. Charles H. Knight (New York) berichtete über einen interessanten Fall, dessen Hauptinteresse in dem Factum lag, dass die Operation einen günstigen Einfluss auf die Entwickelung des bisher nicht vorhandenen Geruchssinnes ausübte.

Ueber „antiseptische Chirurgie der Nase“ sprach Dr. Clarence C. Rice (New York); unter Beziehung auf die allgemeine Einführung der antiseptischen Methode verlangte er deren Anwendung auch in der Nasenchirurgie; so weit als irgend ausführbar, solle man auch hier antiseptisch vorgehen, um einen schnelleren Heilungsprocess zu erzielen und der Gefahr der Septicaemie vorzubeugen.

Die Behandlung einiger Formen von chronischer Laryngitis. Dr. Charles E. Sajous (Philadelphia) berichtet in seinem Vortrage über bemerkenswerthe Erfolge, die er durch Pinseln des verdickten Stimmbandes mittelst eines gedeckten und mit einer dünnen Schicht Chromsäure bekleideten Applicators erzielt hat. Cocaïn fand er in diesen Fällen nicht für geeignet, da ein längere Zeit fortgesetzter Gebrauch die Secretion der Schleimhäute steigert. Redner berichtete über Fälle von vollständiger Wiederherstellung der Stimme unter der beschriebenen Behandlung.

Behandlung der Falsett-Stimme. Dr. J. C. Mulhall (St. Louis) sprach über die Fistelstimme. Die geringe Literatur über diesen Gegenstand bestimmte ihn, einige Fälle zu besprechen, in denen eine Falsett-Stimme durch Uebung und Unterricht bei der Aussprache zur normalen Stimme gemacht worden war. Die gedachten Fälle wurden nicht durch Medicamente geheilt, sondern durch

geistige Beeinflussung, und zwar dadurch, dass man dem Kranken mit Geduld beibrachte, seine Kehlkopfmuskeln richtig zu gebrauchen, und ein tieferes Register beim Sprechen anzuschlagen. Unterstützt wurde M. in dieser Behandlung dadurch, dass er den Kopf des Patienten in eine der Hervorbringung hoher Töne ungünstige Lage brachte.

Ueber subglottisches Enchondrom des Kehlkopfes sprach Dr. E. Fletcher Ingals (Chicago).

Kehlkopfpapillom beim Kinde. Dr. S. W. Langmaid demonstrirte ein Präparat, das fast genau die Verhältnisse wiederholte, die an einer Abbildung in dem 1867 publicirten bekannten Werke von Causit zu sehen sind.

Angiom des Larynx. Dr. W. C. Glasgow (St. Louis) berichtete über einen Fall von Angiom im Kehlkopfe; durch colorirte Zeichnungen erläuterte er das Aussehen der Geschwulst in situ, sowie nach ihrer Entfernung. Er lenkte die Aufmerksamkeit auf das eigenthümliche durchscheinende Aussehen des Tumors, das Johannisbeergélée ähnlich war und die Stimmbänder deutlich hindurch erblicken liess.

Primäres Sarcom der Mandel. Dr. Alexander Mac Coy (Philadelphia) berichtete über die Geschichte seines Falles. Die Seltenheit von Berichten über diese Affection sei merkwürdig, da die letzten 2 Jahre eine ganze Reihe solcher Fälle zu Tage gebracht hätten. Wahrscheinlich müsse diese steigende Zahl durch das Anwachsen der Zahl der Beobachter und die verbesserten Untersuchungsmethoden erklärt werden. An den Vortrag schloss sich ein kurzer Bericht über die in der Literatur erwähnten Fälle, soweit sie dem Vortragenden zugänglich waren.

In des Redners eigenem Falle wurde eine rechtzeitige chirurgische Behandlung nicht eingeleitet: 1. wegen der Seltenheit der Fälle und des Mangels einer klaren Diagnose; 2. weil die Frühsymptome, die denen einer einfachen Entzündung der Tonsillen vollständig gleich waren, eine Diagnose nicht zuliessen; die Abwesenheit des Patienten aus der Stadt bereitete derselben noch weitere Hindernisse. 3. wegen des späten Berichts des Mikroscopikers, dem ein entferntes Gewebstheilchen zur Untersuchung übergeben worden war.

Donovan's Lösung wurde in ziemlich grossen Dosen (14 Tropfen 3mal täglich) eine Reihe von Monaten angewandt, ohne dass sie den Magen belästigte oder constitutionelle Störungen herbeiführte. Der Galvanocauter, Milchsäure, Jod und Carbolsäure wurden in Anwendung gezogen. Die Vereinigung der beiden letzten Mittel (beide crystallinisch 1 : 4) schien das erfolgreichste Mittel zur Unterdrückung des Foetors während der Ulcerationsperiode darzustellen. Die Dauer des Falles war 1 Jahr.

Chirurgische Pathologie, Aetiologie und Behandlung der Blutung nach Ausschneidung der Mandeln. Dr. D. Bryson Delavan sprach über diesen Gegenstand.

Lupus der oberen Luftwege. Dr. Samuel Johnston (Baltimore) stellte eine junge Person vor, bei der Nase, Pharynx, harter Gaumen und Kehlkopf lupoide Erkrankung aufwiesen.

Der Effect von Reizen wechselnder Geschwindigkeit auf die

Thätigkeit des N. recurrens, war der Titel des Vortrages von Dr. Franklin A. Hooper (Boston). Wir können seine Schlussfolgerungen in folgende zusammenfassen:

1. Es bedarf einer grösseren Reizungsschnelligkeit zur Hervorbringung des Glottisschlusses bei Katzen, als bei Hunden.
2. Bei Katzen ist die den Verschluss herbeiführende Reizgeschwindigkeit 70—80 in der Secunde, bei Hunden 30—40.
3. Langsamere Schwingungen, als 70 in der Secunde führen bei Katzen zur Oeffnung der Glottis; bei Hunden erfolgt die Oeffnung bei weniger, als 30.
4. Die Intensität des Stromes beeinflusst die Wirkung der wechselnden Reizgeschwindigkeit.
5. Schwache Ströme mit langsamen Schwingungen erzeugen Oeffnung.
6. Beim Steigen der Reizgeschwindigkeit, während die Intensität die gleiche bleibt, erfolgt Schluss.
7. Bei wechselnder Intensität und gleichbleibender Reizgeschwindigkeit erfolgt Schluss der Glottis.
8. Der Schluss wird leichter durch Wachsen der Reizgeschwindigkeit, als Wachsen der Stromstärke hervorgebracht.

Aufgefordert, die Discussion zu eröffnen, drückte Victor Horsley (London) sein Freude aus, bei der Verlesung des eben gehörten Berichts gegenwärtig gewesen zu sein. Dr. Hooper sei der erste gewesen, der die Wirkung gewisser Droguen auf den Kehlkopf gezeigt habe, er sei jetzt der erste, der die Wirkung verschiedener Reizgeschwindigkeiten auf den Larynx demonstrire. Besonders interessant sei es für ihn gewesen, zu sehen, dass der Vortragende eine Wiederholung der Erscheinungen bei der Katze erhalten habe, die er (Horsley) im Verein mit Semon schon früher beobachtet habe. Ein Ergebniss der Experimente, die er mit Dr. Semon anstellte, war die Bestimmung der Existenz und die Localisation eines Rindencentrums für den Larynx bei der Katze. Entgegen dem gewöhnlichen Befunde beim Hunde, ergab sich, dass Reizung dieses Rindencentrums Abduction der Stimmbänder herbeiführte, und darum sei es ihm (Horsley) so interessant gewesen, zu hören, dass der Vortragende dasselbe bei Reizung des N. recurrens beobachtet habe, was Semon und er durch Reizung der Rinde erhielten. Er forderte Dr. Hooper auf, seine Nachforschungen auf die Rinde auszudehnen und sie beim Affen zu wiederholen und so unabhängig zu Resultaten zu gelangen, die die Beobachtungen anderer Forscher bestätigen könnten.

Dr. H. P. Bowditch (Boston) nahm ein besonderes Interesse an der in Reserve gehaltenen Thätigkeit gewisser Kehlkopfmuskeln, wenn die Intensität des Reizes sich steigerte. Die nächste Erklärung hierfür dürfte sein, dass die eröffnenden Muskeln reizbarer, aber weniger kräftig wären, als die Schliessmuskeln. Deshalb müssten leichte Reize die ersteren beeinflussen, ohne die letzteren zur Thätigkeit anzuregen; aber bei fortgesetzten Reizen müssten die letzteren, die ja stärker wären, im Gegensatz zu den schwächeren Oeffnungsmuskeln den Larynx schliessen. Doch reicht diese Erklärung nicht aus für das Verständniss der verschiedenen Wirkung, die man durch Wechseln der Reizgeschwindigkeit erziele.

Diese Experimente sind in der Absicht begonnen worden, die Resultate, die Wadenski durch Reizung der Muskeln des Beines erhalten hatte, im Verein mit Ritter's wohlbekannten Experimenten am N. ischiadicus nachzuprüfen. Sie konnten die Resultate von Wadenski durchaus nicht bestätigen. B. fragte Herrn Horsley, ob er eine Theorie zur Erklärung der verschiedenen Thätigkeit der Muskeln bei verschiedener Reizgeschwindigkeit aufstellen könne.

Horsley erklärt, dass er keine Theorie hierfür habe. In seinen eigenen Experimenten am N. recurrens laryng. hat er bei ein paar Beispielen beobachtet, dass verschiedene Effecte hervorgerufen wurden, wenn man die Electroden an die innere Seite des Nerven, als wenn man sie auf die äussere Seite aufsetzte.

Gewählt wurden als Vorstand für das nächste Jahr: Dr. E. Carroll Morgan (Washington), Vorsitzender; Dr. W. C. Glasgow (St. Louis) und und Dr. Charles E. Sajous (Philadelphia), stellvertretende Vorsitzende; Dr. D. Bryson Delavan (New-Vork), Secretär und Schatzmeister; Dr. Thomas R. French (Brooklyn), Bibliothekar.

Der nächste Versammlungsort ist Washington, Zeit: der letzte Dienstag im Mai 1889.

---

# IV. Briefkasten.

### Festessen zum Besten des „Hospital for Diseases of the Throat".
Golden Square, London.

Am 6. Juli fand unter dem Vorsitz von Lord Randolph Churchill im Hôtel Metropole in London ein Festessen zum Besten des genannten Hospitals statt. Der Vorsitzende hob in einem Trinkspruch die Leistungen des Hospitals seit seinem 26jährigen Bestehen hervor und pries gleichzeitig die Verdienste seines thatsächlichen Gründers, Sir Morell Mackenzie. „Derselbe sei in Verbindung mit dem betrauerten Hochseligen Kaiser Friedrich systematischer Kritik unterworfen worden — einer Kritik, die zu gewissen Zeiten und in gewissen Kreisen in Verleumdung ausgeartet sei. Sir Morell habe nicht immer die wärmste Unterstützung in denjenigen Kreisen gefunden, wo er sie seiner Ueberzeugung nach mit Bestimmtheit erwarten zu können geglaubt habe. Im Augenblicke einer grossen Krisis habe Sir Morell mittelst des Aufgebotes grossen moralischen Muthes ein der Welt äusserst kostbares Leben gerettet. Mittelst gleicher Geschicklichkeit und hingebender Sorge habe Sir Morell das Leben Friedrich des Dritten so verlängert, dass er es ihm ermöglicht habe, den deutschen Thron zu besteigen. Seine Herrlichkeit verband mit dem Trinkspruch den Namen Sir Morell Mackenzie's, welcher erwiderte, er glaube, dass die Zeit kommen werde, in welcher nationale Eifersucht, politische Rancüne und ärztliche Rivalität sich so weit vermindert haben würden, dass er ein unparteiisches Urtheil empfangen würde. Er sei ganz damit einverstanden dass sein ärztlicher Ruf dem Verdict der Geschichte anheimgestellt werde."

Die zwischen Anführungszeichen stehenden Sätze sind eine wörtliche Uebersetzung des Berichtes des „Standard" vom 8. Juli über das Fest.

Im weiteren Verlaufe des Abends wurde Sir Morell Mackenzie von Mr. Henry Irving, dem bekannten Tragöden, im Namen einer Anzahl der ersten englischen Schauspieler mit einer silbernen Bowle als Zeichen ihrer Verehrung und Dankbarkeit beschenkt.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang VI. Berlin, September. 1889. No. 3.

## I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

### Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

9. Carlo Labus (Mailand). Der Patient war ein 80jähriger, sich im Uebrigen des besten Wohlseins erfreuender Mann, der den Beobachter im November 1884 consultirte. Die Geschwulst, welche 5 Monate früher aufgetreten sein sollte, ging vom vorderen Drittel des rechten Stimmbandes aus. Sie war glatt, gelappt, von normaler Schleimhaut bedeckt, gestielt, beweglich, haselnussgross und sah wie ein weiches Fibrom aus. Der Rest des Kehlkopfs war normal. Die Diagnose der Gutartigkeit wurde auf Grund des laryngoscopischen Bildes sowie des makroscopischen Aussehens der gleich bei der ersten Visite mittelst der Zange intralaryngeal entfernten Geschwulst gestellt. „Am 10. März 1885 kehrte der Kranke, der ausserhalb Mailands lebte, wieder mit einer Geschwulst, die dasselbe Aussehen darbot, wie die erst beschriebene: gestielt, beweglich, aber deutlich zweilappig. Zweite Entfernung mit der Zange nach vorhergehender Cocaïnisirung. — Am 3. Juni kehrt der Kranke mit dem zweiten Recidiv wieder. Diesmal ist die Geschwulst nicht mehr gestielt. Sie sitzt an derselben Stelle, ist aber gebuckelt und fühlt sich bei Sondenberührung sehr hart an. Angesichts der Hartnäckigkeit der Recidive entferne ich die Geschwulst mit der Schlinge und nehme eine allgemeine Galvanocauterisation der Ansatzstelle vor. Alles dies aber hat nicht genügt: am 26. Juli stellt sich der Kranke mit einer erbsengrossen, von der alten Ansatzstelle ausgehenden Geschwulst auf's Neue vor. Ich entferne sie und constatire makroscopisch die Charaktere eines Epithelioms. Bald tritt ein neues Recidiv ein und der Kranke schreibt mir, dass er am 26. October ein Stück von der Grösse einer starken Erbse ausgehustet habe. — Am 28. Februar 1886 sehe ich den Kranken wieder, und die laryngoscopische Untersuchung zeigt mir die gewöhnliche Erscheinung eines Epithelioms, welches das ganze rechte Stimmband

ergriffen hatte. Drei Monate später starb der Patient bei sich zu Hause. Eine Autopsie wurde nicht vorgenommen.

[Die Diagnose der Gutartigkeit gründete sich, wie aus vorstehender Beschreibung ersichtlich, ausschliesslich auf das makroscopische Aussehen der Geschwulst. Speciell konnte der Umstand, dass dieselbe gestielt und beweglich war, wohl zu dem Glauben führen, dass sie im Beginne gutartiger Natur gewesen sei. Andererseits aber sind gestielte Cancroide, wenn auch selten, so doch nichts weniger als unbekannt (vgl. z. B. Jahrgang V, S. 204), und sowohl das hohe Greisenalter des Patienten (80), in welchem die Entstehung einer gutartigen Neubildung ein Ereigniss seltenster Natur ist (vgl. Jahrgang V, p. 370), wie vor allen Dingen die fast continuirlichen Recidive fordern bei dem Mangel mikroscopischer Untersuchungen nach der Ansicht des Herausgebers mit grösserer Wahrscheinlichkeit dazu auf, den Fall im Lichte einer primär bösartigen Geschwulst zu betrachten, welche nur anfänglich unter dem Bilde einer gutartigen verlief. — Er unterbreitete diese Erwägungen dem Collegen Labus, welcher die Güte hatte, Folgendes zu erwidern:

....... „Ich muss Ihnen gestehen, dass, obwohl ich den fraglichen Fall zuerst als gutartig diagnosticirt habe, sein späterer Verlauf in mir wohl den Zweifel hat aufkommen lassen, ob nicht die Geschwulst von Anfang an bösartig gewesen sei. Falls ich mich anfänglich hinsichtlich ihrer Natur getäuscht habe, so war dies nicht ausschliesslich eine Folge ihrer Charaktere: langer Stiel, Beweglichkeit, glatte Oberfläche mit normaler Schleimhaut, Fehlen von Katarrh, Blutungen, Schmerzen, Drüsenschwellungen etc. —, sondern auch, weil ich gerade in jenen Tagen einen anderen alten Mann wiedergesehen hatte, der an einer anscheinend gutartigen Neubildung am linken Stimmbande gelitten hatte und von mir im Jahre 1881 und dann noch drei Male wegen wiederholter Recidive in viermonatlichen Zwischenräumen operirt worden war. Zu der Zeit, als ich anfing, in diesem Falle eine maligne Umbildung zu argwöhnen, hörte die Tendenz zu Recidiven auf, und gerade in jenen Tagen hatte ich, wie eben erwähnt, zwei Jahre nach der letzten Operation, Heilung constatiren können. — Ich bedaure sehr, dass ich in dem zur Sammelforschung beigesteuerten Fall nicht die mikroscopische Untersuchung der erst entfernten Geschwülste habe vornehmen können: Der Kranke hatte sie mitnehmen wollen, um sie seiner Familie zu zeigen. — Der Fall ist daher für mich nur ein Fall, in welchem aller Anschein einer gutartigen Form im Anfange vorhanden war; jedermann aber wird begreifen, dass es ohne mikroscopische Untersuchung lächerlich wäre, behaupten zu wollen, dass wirklich Gutartigkeit vorgelegen habe ......“

Der Fall wird daher jedenfalls in die Rubrik der zweifelhaften eingereiht werden müssen.]

10. O. Prinz [Dresden][1]) — „P. A., 55 Jahre alt, ist früher von Dr. Driver (jetzt Reiboldsgrün in Sachsen) wegen Stimmbandpolypen (damals gebrauchter Ausdruck) mit Galvanokaustik operirt worden. Septbr. 1872 — ich weiss nicht, wie lange nach der 1. Operation — fand ich am vorderen Ende des rechten Stimmbandes einen bohnengrossen, wie ein Papillom aussehenden Tumor, den ich mit kalter Schlinge operirte. Im Februar 1873 war derselbe jedoch schon wieder gewachsen und wurde wieder kalt abgeschnürt, leider ohne nachfolgende mikroscopische Untersuchung. Unter der Operationsstelle, mehr am subglottischen Wulste entstand eine Vorbuchtung, die ich anfangs für Perichondritis hielt. Monate lange Behandlung brachte keine Besserung. 1875 musste wegen Athemnoth. bedingt durch den subglott. Wulst, die Tracheotomie gemacht werden. Juli 1876 mors an Schwäche. Section ergab ein exulcerirtes Epitheliom."

[Der Mangel des genauen Datums des Beginnes des Leidens und der mikroscopischen Untersuchung der anfänglich entfernten Theile stempeln auch diesen Fall zu einem zweifelhaften. Der gegebenen Beschreibung zufolge kann es sich sehr wohl von vornherein um ein unter dem Bilde eines Papilloms auftretendes Epitheliom gehandelt haben, das nach wiederholter Entfernung der oberflächlichen Geschwulsttheile einen infiltrirenden Charakter annahm und längere Zeit bewahrte. Die Dauer des Leidens, soweit aus der Schilderung ersichtlich, übersteigt nicht diejenige mancher sicher constatirter Fälle primärer Kehlkopfkrebse.]

11. Ph. Schech (München) begleitet den folgenden Fall mit der Bemerkung: „Einsender glaubt sicher, dass die Neubildung vom ersten Anfang an bösartig war, denn die operativen Eingriffe waren sehr unbedeutend, da sich Patient sehr bald der Behandlung entzog."

Der Fall selbst ist folgender:

Der Patient war ein 41jähriger Tagelöhner. Die Geschwulst trat im 41. Lebensjahre (1874) auf. Der Befund im Kehlkopfe war: „Stärkere Röthung des ganzen Larynx, besonders der Schleimhaut des rechten Taschenbandes; aus dem rechten Ventriculus Morgagni kommt eine grosse Anzahl schneeweisser, warziger. theils rundlicher, theils spitzer Excrescenzen; das rechte Stimmband verdeckt, aber ebenfalls von solchen Excrescenzen bedeckt." Die ursprüngliche Diagnose der Gutartigkeit der Neubildung war auf blosse Inspection gegründet. Dreimal wurden Fragmente mit Messer und Pincette entfernt. Ob anfänglich gutartige Recidive erfolgten, resp. wie oft und in welchen Zwischenräumen nach der Ope-

[1]) Es hat sich ganz neuerdings herausgestellt (hierüber weiterhin mehr), dass die wiederholt (vgl. Jahrg. V. p. 197, Tabelle No. 64 u. 66, p. 591) als „identisch" bezeichneten Fälle Navratil's und Morelli's in Wirklichkeit nicht identisch sind. Der bisher noch nicht beschriebene Fall Morelli's würde, dem Princip der alphabetischen Reihenfolge nach, an dieser Stelle folgen müssen. Er ist indessen in einen Anhang zu diesem Abschnitt verwiesen worden, um keine Verwirrung in die Zahlenverweise der Tabelle auf die einzelnen Fälle zu bringen.

Anmerkung des Herausgebers.

ration, war nicht zu bestimmen, da sich Patient bald der Behandlung entzog und erst zufällig nach drei Jahren wieder gesehen wurde.

Die letzte Operation war am 31. Januar 1875 vorgenommen worden. Der Patient wurde im Juni 1878 — nachdem seit 1875 keine Untersuchung und Behandlung mehr stattgefunden hatte — asphyktisch ins Krankenhaus gebracht und sofort tracheotomirt.

Es fand sich nunmehr an der Stelle der ursprünglichen Neubildung eine Geschwulst, deren krebsiger Charakter sowohl durch laryngoscopische, wie durch mikroscopische Untersuchung entfernter Fragmente erschlossen wurde. Die letztere, von dem Beobachter und von dem verstorbenen Prof. Buhl vorgenommen, wies nach, dass die oberen Schichten exstirpirter Theile nur das Bild von Papillomen zeigten, während sich in den tieferen Schichten „Epithelialnester mit Krebszellen" fanden. Laryngoscopisch war jetzt „statt der früheren Papillome (?) am rechten Stimm- und Taschenband der ganze Larynx von einer kirschengrossen, rothen, theilweise mit weissen Zapfen versehenen Geschwulst angefüllt."

Die rechte Schildknorpelplatte war aussen vorgewölbt, uneben und höckrig; später erschien eine faustgrosse papillomähnliche Masse auf der rechten äusseren Larynxhälfte. Der Tod erfolgte an Marasmus am 18. October 1878. Resultat der Autopsie: „Carcinom der rechten Kehlkopfhälfte mit Durchwachsung des Schildknorpels. Präparat in der Sammlung des Münchener Pathologischen Instituts."

[Dem aufmerksamen Leser wird die merkwürdige Aehnlichkeit nicht entgangen sein, welche dieser Fall zu verschiedenen Perioden seines Verlaufs mit mehreren der früher berichteten Fälle aufweist. Die anfängliche Beschreibung erinnert auf's Lebhafteste an den „schneeweissen Papillomrasen" des Herausgebers (Jahrgang V., p. 205), die „kirschengrosse, rothe, theilweise mit weissen Zapfen versehene Geschwulst", als welche sich die Neubildung drei Jahre später präsentirte, an Stoerk's zweiten Fall anscheinend spontaner Umbildung eines Papilloms in ein Carcinom (ibidem p. 485), die faustgrosse, papillomähnliche Masse auf der Aussenseite des Kehlkopfs an Morell Mackenzie's mehrerwähnten Fall (ibidem p. 93 und speciell p. 270). So bildet er ein Bindeglied zwischen diesen, zu sehr verschiedenen Perioden beobachteten Fällen und lehrt uns eine bisher wenig beschriebene Form des Verlaufs des Kehlkopfkrebses kennen. Der Gedanke an ursprüngliche Gutartigkeit ist natürlich nicht ganz von der Hand zu weisen; weit wahrscheinlicher aber dürfte es sein, dass es sich entweder um ein ursprünglich unter dem Bilde eines ungewöhnlich aussehenden Papilloms in die Erscheinung tretendes Cancroid, oder um eine Mischgeschwulst, oder um von krebsiger Basis aufschiessende, papilläre Excrescenzen gehandelt hat. Letztere Auslegung dürfte im Lichte der mikroscopischen Untersuchung (s. o.) vielleicht als die wahrscheinlichste gelten. Jedenfalls wird der Fall, wie dies ja auch von dem Beobachter selbst hervorgehoben worden ist, als ein durchaus zweifelhafter bezeichnet werden müssen.]

12. J. Schnitzler (Wien). — J. Mahl (Lemberg).

Der folgende Fall ist der von Prof. Schnitzler in der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wiesbaden, 1887, berichtete (vgl. Jahrgang IV. p. 289 und Jahrgang V. p. 143). In seinem Beitrag zur Sammelforschung verwies Prof. Schnitzler einfach auf die ausführliche Beschreibung des Falles seitens seines Assistenten Dr. M. Hajek in der „Internationalen klinischen Rundschau", 1888, und legte gleichzeitig einen Separatabdruck der betreffenden Arbeit desselben, betitelt: „Zur Diagnose der tuberculösen und carcinomatösen Perichondritis des Kehlkopfs" bei.

So interessant diese Arbeit vom Standpunkt der in ihrem Titel genannten differentialdiagnostischen Frage ist (ihre Lectüre sei hiermit ausdrücklich empfohlen), so würde eine Reproduction ihres Inhalts an dieser Stelle nur von dem uns hier beschäftigenden Gegenstande abführen, da, wie dies aus der Hajek-schen Schilderung klar hervorgeht, bereits zu der Zeit, als Prof. Schnitzler den Patienten zum ersten Male sah, die Vermuthung, dass man es möglicherweise mit einer gutartigen Neubildung zu thun haben könne, gar nicht mehr in Frage kommen konnte. Folgendes ist nämlich der Status, soweit der Hals in Frage kommt, bei der ersten Untersuchung des Kranken in der Schnitzler'schen Poliklinik am 15. Juni 1887 in der Hajek'schen Schilderung:

„Die laryngoscopische Untersuchung des Kehlkopfs ergab mässige Schwellung der seitlich zusammengedrückten und überhängenden Epiglottis, starke Schwellung beider Taschenbänder, beider Aryknorpel, der rechte fast unbeweglich, Von den wahren Stimmbändern war mit Ausnahme des hinteren Endes des linken, das mässig geröthet und geschwellt erschien, nichts zu sehen. Auch in die Regio subglottica konnte man wegen hochgradiger Verengerung der Stimmritze keinen Einblick gewinnen."

„Die äussere Besichtigung des Halses ergab vor Allem eine allgemeine Verbreiterung der Kehlkopfgegend; Schild- und Ringknorpel waren stark verdickt, das umgebende Gewebe resistent. Die Cervicaldrüsen vor dem rechten Sternocleidomastoideus präsentirten sich als ein faustgrosser Tumor, der an einer Stelle deutliche Fluctuation zeigte. In dem Tumor fühlten sich die einzelnen Drüsen vergrössert, aber nicht hart an, linkerseits waren die analogen Drüsen nicht deutlich fühlbar."

Dieser Schilderung ganz entsprechend zieht denn auch College Hajek selbst, während er die Frage aufwirft, welche Diagnose nach dem vorliegenden Befunde zu stellen sei, gutartige Neubildungen gar nicht mehr in Betracht, sondern giebt nur die Gründe für und gegen Tuberkulose und Carcinom an. Der weitere Verlauf zeigte, dass die Krankheit krebsiger Natur war, eine Diagnose, bei welcher Prof. Schnitzler von Anfang an unbeirrt geblieben war. Es stellte sich linksseitige carcinomatöse Pleuritis ein, und kaum zwei Monate nach seinem Eintritt in das Spital erlag der Patient seinem Leiden. Das Protocoll der Obduction (Dr. Zemann) lautet, soweit es den Kehlkopf etc. betrifft, folgendermassen:

„Im Larynx und in der Trachea grosse Mengen einer stinkenden, trüben, mit Gewebsflocken untermengten, schmutzig schwärzlich-grünlichen Flüssigkeit.

Die ganze Innenfläche des Kehlkopfes ist zerfallen und ausgekleidet mit zottigen, zunderartigen, zerfliessenden, missfarbigen Gewebsmassen. Der Schildknorpel mit Ausnahme des vorderen oberen Randes völlig zerstört, ebenso der vordere Antheil des Ringknorpels. Die Ueberreste dieses Knorpels blosliegend, schmutzig schwärzlich verfärbt und groblückig, rauh. Die Epiglottis verdickt durch eine narbenartige, sternförmige Verdickung der Schleimhaut in der rechten ary-epiglottischen Falte und etwas nach rechts gezogen. Die Schleimhaut der Trachea zum Theil stark injicirt, zum Theil grünlich missfarbig etc. etc. . . . .“

Auch dieser Leichenbefund bildet, wie man sieht, keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer stattgehabten Metamorphose, und ein solcher kann daher nur in derjenigen Periode zu suchen sein, welche vor Prof. Schnitzler's erste Untersuchung fällt. Anamnestisch berichtet College Hajek, dass Patient bisher von Dr. Mahl in Lemberg behandelt worden sei, der ihn schliesslich an die Schnitzler'sche Poliklinik gewiesen habe und dessen Begleitschreiben er entnimmt, dass Patient im März 1886 unter Erscheinungen einfacher Laryngitis erkrankt sei, dass Dr. Mahl 3—4 Monate später „einen auf dem rechten Stimmbande aufsitzenden bohnengrossen Tumor, der wie eine Himbeere aussah“, constatirt und mittelst Polypenpincette und Polypenquetscher entfernt, sowie die Ansatzstelle einige Tage später mit Chromsäure geätzt habe, worauf wesentliche Besserung der Stimme eingetreten sei. Nach sechs Wochen sei aber wieder Schwellung des rechten Stimmbandes mit Wucherung an der Kante desselben und nach einiger Zeit in Folge wiederholter Erkältung im Dienste bedeutende Schwellung des rechten Arytänoidknorpels mit allmäliger Unbeweglichkeit der rechten Larynxhälfte eingetreten. Von da ab habe sich der Zustand verschlimmert, Husten, Schlingbeschwerden, Athemnoth hätten immer mehr zugenommen, und zur Zeit der Vorstellung des Patienten auf der Schnitzler'schen Poliklinik sei der oben geschilderte Befund erhoben worden.

Auf diese anamnestischen Daten gründet dann College Hajek folgende epikritische Bemerkungen:

„Offenbar handelte es sich primär um eine Geschwulst auf dem rechten wahren Stimmbande, welche nach dem Aussehen für Papillom gehalten werden musste. Ob diese Geschwulst auch thatsächlich ein einfaches Papillom gewesen und erst nachher in Carcinom übergegangen ist, lässt sich, da eine histologische Untersuchung der excidirten Stücke nicht vorliegt, nicht entscheiden; doch ist dies immerhin wahrscheinlich. Sicher ist nur, dass es sich späterhin um einen Medullarkrebs gehandelt hat, welcher einerseits zu chronischem Oedem des Larynx, andererseits zu Perichondritis thyreoidea und cricoidea geführt hat . . . .“

College Mahl hat die Güte gehabt, seinen Beitrag zur Sammelforschung, in welchem er ebenfalls dieses Falles gedenkt, mit folgender ausführlicher Schilderung des Verlaufes desselben, so lange sich der Kranke unter seiner Behandlung befand, zu begleiten und auf dem Fragebogen hinsichtlich der ursprünglichen Gutartigkeit zu bemerken, dass es ihm „wahrscheinlicher sei, dass sein Auge getäuscht wurde“:

Lemberg, am 3. April 1888.

„.... Im October 1886 kam Patient zu mir, Klage führend über eine seit 2 Monaten bestehende Heiserkeit. Die Untersuchung ergab eine himbeerartige Geschwulst in der Grösse einer Erdbeere auf dem rechten Stimmbande in der Mitte aufsitzend. Ich entfernte dieselbe mittelst Schrötter'scher Pincette. Fünf Tage später ätzte ich mit Acidum chromic. die Basis der Neubildung. Da Patient seinen Dienst als Conducteur der Carl-Ludwig-Bahn trotz aller Unbilden der Witterung weiter versah, bekam ich ihn erst viele Wochen später wieder zu Gesicht. Die Neubildung an der Oberfläche des Stimmbandes war verschwunden, das Stimmband selbst geschwellt, geröthet."

„Es wurde nun jeden zweiten bis dritten Tag gegen den muthmaasslichen Catarrh eine 3 proc. Lapislösung gebraucht. Im December 1886 trat wieder eine merkliche Verschlimmerung auf, die Wucherung am Rande des verbreiterten Stimmbandes war nicht scharf begrenzt, sondern ging unter das Stimmband."

„Schon damals kam mir die ganze Geschichte carcinomverdächtig vor, und ich rieth dem Patienten zur Reise nach Wien. Schlechte financielle Verhältnisse hinderten ihn daran, doch frug er in Krakau Dr. Pieniaçek um Rath."

„Im December entfernte ich mittelst Störk'scher Guillotine eine Partie wandständigen Wulstes auf dringendes Verlangen des Kranken, den die Heiserkeit und das unangenehme Gefühl des Fremdkörpers plagte. Der Kranke fühlte sich erleichtert, die Stimme besserte sich."

„1½ Monate später hatte er eine acute Bronchitis acquirirt und da trat gleichzeitig subacute Schwellung des rechten Stimmbandes und bald darauf verminderte Beweglichkeit ein."

„Am 15. April 1887 demonstrirte ich den Kranken dem Dr. Pieniaçek und zwei Primarchirurgen als für mich interessanten Fall. Der Kranke sprach klarer, wie gewöhnlich. Die Herren meinten, das rechte Stimmband sei paretisch, das linke Stimmband geröthet, geschwellt, eine deutliche Wucherung oder Geschwulst nicht nachweisbar."

„Bald darauf erkrankte der Patient an Perichondritis des rechten Aryknorpels mit Schmerz beim Schlucken im Ohre und beim Schlingen, leichte Inspirationsstenose durch starke Schwellung der Umgebung bedingt, und musste 3 Wochen das Bett hüten."

„Im Mai 1887 trat eine Drüsenschwellung an der rechten Halsseite auf, beiläufig in der Höhe der Cart. thyroid. Ich bewog den Kranken, nach Wien zu fahren, und wie ich privatim erfuhr, hat Prof. Fritsch die mikroscopische Untersuchung der operirten Drüse vorgenommen, ohne die Diagnose fixiren zu können. Wegen Zunahme der Stenose musste die Tracheotomie vorgenommen werden. 2 Wochen später soll Patient an Pleuritis erkrankt und gestorben sein und die Section die Carcinomatose nachgewiesen haben."

Dr. Mahl spricht dann die Hoffnung aus, dass Prof. Schnitzler die diesbezüglichen näheren Details zur Sammelforschung beisteuern werde, und fährt folgendermassen fort:

„Aus der Beschreibung dieses Falles werden Sie, geehrter Herr College, entnehmen, dass dieser Fall schwer zu diagnosticiren war, jedesmal musste der

empfindliche Kranke cocainisirt werden, und das Bild war kein prägnantes. Beschreiben musste ich ihn jedoch, weil ich ihn länger in Beobachtung hatte, als Prof. Sch. und ich meinen Bedenken in die anfängliche Gutartigkeit zweifelnden Ausdruck geben musste. Der Mann war 56 Jahre alt, Raucher, Schnupfer und Schnapsfreund, ausgesetzt dem Witterungswechsel als Eisenbahn-Conducteur, die Krankheit dauerte verhältnissmässig kurz, 13—14 Monate, die Diagnose in Lemberg nur auf Inspection gestützt, alles Momente, die Bedenken in die Gutartigkeit aufkommen lassen mussten."

Achtungsvoll
Dr. Mahl.

[Die Mahl'sche Schilderung lässt nach der Ansicht des Herausgebers kaum einen Zweifel darüber aufkommen, dass es sich in diesem Falle nicht um eine Umwandlung, sondern um eine primär bösartige Geschwulst gehandelt hat, die nur anfänglich unter dem Bilde einer gutartigen Neubildung verlief. Bei einem 56jährigen Patienten findet sich nach nur zweimonatlicher Heiserkeit eine erdbeergrosse, himbeerartige Geschwulst auf der Mitte des rechten Stimmbandes. Schon drei Monate nach der intralaryngealen Entfernung wiederum merkliche Verschlimmerung. „Die Wucherung (also muss doch ein Recidiv eingetreten sein) am Rande des verbreiterten Stimmbandes nicht scharf begrenzt, sondern unter das Stimmband gehend." Nach wiederholter Operation, $1^1/_2$ Monate später, wiederum subacute Schwellung des rechten Stimmbandes und bald darauf verminderte Beweglichkeit desselben. Etwa 3 Monate später Perichondritis des rechten Arytänoidknorpels, wieder einen Monat darauf Drüsenschwellung an der rechten Halsseite — das sind doch alles Dinge, die für Kehlkopfkrebs völlig typisch sind, und alle diese Dinge spielten sich im Laufe des ersten Jahres des Leidens ab! — Für eine ursprüngliche Gutartigkeit liegt absolut nichts, als das Aussehen der ursprünglichen Geschwulst vor. Wie trügerisch dies Moment ist — dafür hat die Sammelforschung Beweise genug geliefert. — Kurz: der Herausgeber stimmt völlig mit dem Collegen Mahl in dessen eigener Vermuthung überein, dass denselben sein Auge ursprünglich getäuscht habe, und würde nicht anstehen, den Fall aus der Liste der Transformationsfälle ganz zu streichen. Keinesfalls darf er wohl anders, als „im höchsten Grade zweifelhaft" bezeichnet werden.]

(Fortsetzung folgt.)

---

# II. Referate.

## a. Aeusserer Hals, Allgemeines, Therapeutisches.

1) **Peter** (Basel). **Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Zungenbeins.** Basler Dissertation. Basel, bei Schulze. 1888.

Man gewinnt durch diese Arbeit eine kleine Uebersicht auch über die Leidensgeschichte dieses selten besprochenen kleinen, wichtig gelegenen Körpertheils, seine Entzündungen, seine Geschwülste, von denen nur ein einziger primärer Fall, ein Enchondrom, publicirt sein soll, seine Entbehrlichkeit, seine anomalen Gelenke mit dem Schildknorpel etc.

Wie Ref. an einem Fall lange Zeit beobachten konnte, kann eine bisweilen exacerbirende leichte chronische Entzündung eines Zungenbeinhornes Anginaschmerzen erregen, deren Ursache man mit dem Spiegel vergeblich sucht, die aber in dem betreffenden Falle wahrscheinlich auf rheumatische Grundlage zurückzuführen war, und wie diese selbst nicht ganz gründlich beseitigt werden konnte, aber auf Salicyl stets positiv reagirte. JONQUIÈRE.

2) **Meunier. Verknöcherung des Zungenbeins. (Appareil hyoidéen ossifié chez l'homme.)** Soc. anatom. de Paris. 6. April 1888.

Der Titel erschöpft den Inhalt. E. J. MOURE.

3) **W. E. Luscombe** und **F. Broadbent** (Collingham). **Schnittwunde im Spatium thyreo-hyoideum. (Incised wound in the thyro-hyoid space.)** *Brit. Med. Journ. 25. Aug. 1888.*

Ein Fall von Schnittwunde des Halses, in dem die Wunde nicht genäht wurde, mit Ausgang in Heilung. A. E. GARROD.

4) **St. John Kemm** und **Edward F. Martin** (Weston super Mare). **Durchschneidung des Halses bei einem Selbstmordversuch. (Suicidal case of cut throat.)** *Brit. Med. Journ. 25. Aug. 1888.*

Der Fall betraf eine Frau, die eine etwa 12 cm lange Wunde, ein wenig nach innen vom linken Unterkieferwinkel bis zu einer entsprechenden Stelle des rechten, sich beigebracht hatte.

Nach Stillung der Blutung wurden Hals und Schulter in eine Flanellhülle eingeschlossen und mit Pariser Pflaster bedeckt, welches die Immobilisirung der Theile bewirkte. Patientin wurde zunächst mit Klystieren ernährt, da der Pharynx an zwei Stellen angestochen war; nach zwei Tagen jedoch hörte man damit auf. Die Wunde heilte vollständig in 14 Tagen. A. E. GARROD.

5) **G. Fabiani** (Neapel). **Schussverwundung der Carotis externa. (Ferita d'arma da fuoco della carotide esterne.)** *Rivista Clin. e Terap. Sept. 1888.*

Ein 22jähriger junger Mann, am Abend vorher durch einen Pistolenschuss verwundet. — Er zeigte am Halse, in der Mitte der rechten Carotisgegend, eine

kreisrunde Wunde in der Grösse eines Sou; die Wunde ist durch einen Blutklumpen verschlossen, an der Stelle derselben deutliche Pulsation; bedeutende Anämie. — Der Patient berichtete, dass gleich nach der Verwundung der Blutverlust ein ausserordentlicher war; die Anwesenden tamponirten, um der Blutung Einhalt zu thun, die Wunde mit Charpie. Zuerst unterband F. die Carotis communis nach der Zang'schen Methode; die Pulsation stand; dann machte er eine Incision über den Sitz der Wunde hin; er entfernte das geronnene Blut und sah, dass die Carotis externa etwa in der Hälfte ihrer Circumferenz verwundet war. Unterbindung beider Stümpfe.

Tod nach 6 Tagen infolge Septicämie. CARDONE.

6) **Coupard. Die Gélesine bei Verengerungen der Nase, des Kehlkopfes, der Ohren etc. (La gélosine dans les rétrécissements du nez, du larynx, oreilles etc.)** *Revue du Dr. Moure. Sept. 1888.*

C. empfiehlt dies neue Erzeugniss zum Ersatz der Laminariastifte; auch kann man demselben Medicamente nach Wunsch beifügen. E. J. MOURE.

7) **Réthi. Die Chromsäure und ihre Anwendung als Causticum bei den Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs. (L'acide chromique, son emploi comme caustique dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx.)** *Paris méd. 23. Juni 1888.*

Der Titel sagt, wovon die Rede ist. E. J. MOURE.

8) **M. Reichert. Ueber die locale Anwendung der Kampfersäure.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 36 u. 37 1888.*

R. verwendet die Kampfersäure in Lösungen. Um solche niederschlagsfrei zu erhalten, ist es nöthig, auf 1 pCt. derselben 10 bis 11 pCt. Vin. rectific. zuzusetzen. Die Kampfersäure hat sich Sormani und Brugnatelli, allerdings nur in einem Thierexperiment, als ein Mittel bewährt, welches Tuberkelbacillen tödtet. R. rühmt dieselbe bei Angina und Tonsillitis, bei Pharyngolaryngitis und Tracheitis acuta und beim Schnupfen, sowie, was die chronischen Katarrhe anlangt, bei empfindlicheren Schleimhäuten und der chronischen Bronchitis; auch bei Kehlkopftuberculose bewährte sich ihm das Mittel. Er verwendet es in $^1/_2$-bis 6procentiger Lösung theils als Pinselung, theils als Inhalation. Sie zeige eine milde adstringirende Wirkung.

Die Arbeit R.'s bildet einen Vortrag in der Berl. med. Gesellschaft. In der Discussion bestätigte Fürbringer (Berl. klin. Wochenschr. No. 28. p. 571), der ebenfalls mit der Kampfersäure Versuche gemacht hat, die Angaben R.'s nicht, erwähnte aber deren günstigen Einfluss auf die Nachtschweisse der Phthisiker, wie dieses Wittkowski beobachtet habe. Man giebt intern entweder am Tage 3—4mal 1 g, oder eine Abenddose von 2—3 g. B. FRAENKEL.

9) **Max Niesel** (Greifswald). **Ueber die Anwendung der Kampfersäure bei Katarrhen verschiedener Schleimhäute.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 40. S. 818. 1888.*

N. verwendet die Kampfersäure innerlich pur oder, wenn Lösungen ge-

braucht werden, als Glycerinemulsion oder mit Natr. bicarbon. 3:4. Bei letzterer Mischung verliert die Kampfersäure ihre desinficirende Wirkung. N. bestätigt die Wirkung derselben gegen die Nachtschweisse der Phthisiker und, wenn auch mit einiger Reserve, bei Catarrhen des Larynx, der Nase und Bronchien.

B. FRAENKEL.

10) **L. Lichtwitz. Creolin im Allgemeinen. (De la créoline en général.)** *Le Bulletin médical. 30. Sept. 1888.*

Verf. bestätigt die Ansichten der früheren Autoren über die Eigenschaften dieses Mittels.

E. J. MOURE.

11) **Ephraim Cutter. Ernährung bei Halskrankheiten. (Food and throat affections.)** *Journ. of Laryngology. Juli 1888.*

C. betont die Wichtigkeit einer geordneten Diät bei catarrhalischen Halsaffectionen, ohne die die locale Behandlung eine lediglich palliative Bedeutung hat. C. führt die Halssymptome auf, die er an einem gesunden Manne beobachten konnte, den er blos von Hafermehl und von einer sehr viel Essig enthaltenden Diät leben liess. Schliesslich schreibt er eine Diät für gewöhnliche Fälle vor.

A. E. GARROD.

12) **William L. Dudley. Die giftigen Wirkungen des Cigarrettenrauchens. (The poisonous effects of cigarette-smoking.)** *Philad. Méd. News. 15. Sept. 1888.*

D. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Kohlenoxyd ist der giftigste Bestandtheil des Tabacksrauchs.
2. Die Cigaretten sind nachtheiliger als Cigarren oder Pfeife, weil bei ersteren der Rauch gewöhnlich eingeathmet wird.
3. Das Cigarettenrauchen ohne Einziehung des Rauchs ist nicht gefährlicher, als das Cigarren- oder Pfeifenrauchen.
4. Das Einziehen des Rauchs einer Cigarre oder Pfeife ist ebenso nachtheilig, wie bei einer Cigarette.
5. Das Einziehen des Rauchs aus einer türkischen Pfeife ist ebenso nachtheilig, wie aus einer Cigarette.

LEFFERTS.

13) **A. Ruault. Bericht über einen neuen automatischen Inhalator. (Note sur un nouvel inhalateur automatique.)** *Soc. de Biologie. pag. 177. 1888.*

Ein Ventilkessel, analog dem des Dampfpulverisators nach dem System Sicyle, das als Modell für den antiseptischen Spray der Chirurgen diente, steht in Verbindung mit einem kleinen Abzugsrohr nach dem System Giffard. Der Kessel wird mit sehr sauberem, zum Sieden erhitzten Wasser gefüllt; der Dampf entweicht durch die Spitze des Ejectionsrohrs und reisst im Abziehen Luft, die durch ein seitliches Rohr des Ejectors ihren Eintritt nimmt, mit sich. Setzt man dieses Seitenrohr in Verbindung mit dem Mundstück eines gewöhnlichen Inhalators, so wird der Luftstrom durch die in der Flasche des Inhalators enthaltene medicamentöse Flüssigkeit streichen, in der ein fortdauerndes Plätschern stattfinden muss. Die Dämpfe der Flüssigkeit werden von dem Luftstrom mit fortgerissen und gelangen mit dem Wasserdampf des Kessels durch das Ende des Ejectionsrohres.

E. J. MOURE.

14) E. Jahr (Berlin). **Ein neuer Inhalationsapparat.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 38 u. 39. 1888.*

In Bezug auf den Apparat muss auf das Original verwiesen werden, da derselbe ohne die beigegebene Abbildung nicht geschildert werden kann.

B. FRAENKEL.

15) E. Watson Paul (Bristol). **Vereinigter Mund- und Nasenrespirator. (Combined nasal and oral respirator.)** *Brit. med. Journ. 16. Juni 1888.*

Illustrirte Beschreibung eines Celluloid-Respirators, der Mund und Nase bedeckt, die beiden Theile können auch einzeln in Gebrauch gesetzt werden.

A. E. GARROD.

16) Arnold Woakes (London). **Eine zuverlässige Batterie zum Kauterisiren für das Sprechzimmer. (A reliable cautery battery for consulting room use.)** *Lancet. 15. September 1888.*

Mit einer Illustration versehene Beschreibung einer Batterie von passender Form.

A. E. GARROD.

17) Garel (Lyon). **Elektrische Batterie zur Beleuchtung des Larynx. (Batterie électrique pour l'éclairage du larynx.)** *Soc. des sciences méd. de Lyon. 29. Februar 1888.*

Der Titel zeigt, wovon die Rede ist. — Nichts Neues.

E. J. MOURE.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

18) Bloch (Freiburg). **Untersuchungen zur Physiologie der Nasenathmung.** *Zeitschrift f. Ohrenheilk. XVIII. 3. 4.*

Aus seinen höchst interessanten und sorgfältigen Untersuchungen über die Physiologie der Nasenathmung zieht Bl. die Schlussfolgerungen, dass die Inspirationsluft in der Nase erheblich erwärmt wird, und zwar die Erwärmung um so grösser ist, je niedriger die Temperatur der Aussenluft, dass ein constantes Verhältniss zwischen der Temperaturdifferenz der Aussenluft gegen die Körperwärme und der Höhe der Erwärmung jener in den Nasenhöhlen besteht, dass die Exspirationsluft um 1,5—2,0$^0$ wärmer ist, wenn durch die Nase eingeathmet wird. Ferner ergab sich, dass die Erwärmung der Inspirationsluft in der Mundhöhle gegenüber jener in der Nase eine geringfügige ist. Die Inspirationsluft verlässt die Nase zu etwa 2 Dritttheilen mit Wasserdampf gesättigt, die Nasenschleimhaut hält zum grössten Theile staubartige Verunreinigungen der Inspirationsluft zurück, ist aber nicht im Stande, die Luft vollkommen staubfrei in die tieferen Athmungswege zu entsenden. Jeder stärkere, mechanische, chemische, thermische Reiz, welcher die Nasenschleimhaut mit dem Inspirationsluftstrom trifft, erzeugt sofortigen Athmungsstillstand, an diese Athmungspause schliesst sich eine Inspiration an; schwächere Reize verlangsamen nur die Inspiration, während sehr intensive primär eine Exspirationsbewegung auslösen.

SEIFERT.

19) **Ottolenghi** (Turin). **Der Geruchssinn bei Verbrechern. (L'odorato nei criminali.)** *Bocca édit. Turin 1888.*

Nach Erfahrungen an 80 Verbrechern (50 Männern und 30 Frauen) und an 50 gesunden Personen (30 Männern und 20 Frauen), die mittelst eines aus 12 wässrigen Lösungen von Nelkenessenz von regelmässig steigender Concentration etc. bestehenden Maassstabes erhoben wurden, schliesst O.:

Der Geruchssinn ist geringer ausgebildet bei Verbrechern, als bei Normalen, bei Frauen geringer, als bei Männern, bei den Frauen unter den Verbrechern geringer, als bei gesunden Frauen. CARDONE.

20) **Chouppe. Reizung der Riechschleimhaut bei strychninvergifteten Thieren. (Excitation pituitaire chez les animaux strychnisés.)** Soc. de Biologie. Paris. 1. Dec. 1888.

Lässt man ein mit Strychnin vergiftetes Thier Ammoniak oder Senfessenz athmen, so tritt der Tod plötzlich nach einem heftigen Anfall von Strychnismus ein; doch ist dies kein Tod durch Syncope, sondern infolge von Asphyxie, wie bei der gewöhnlichen Strychninvergiftung. Diese Erfahrung wird unterstützt durch eine klinische Beobachtung, über die Verf. berichtet, und die auf der Abtheilung von Dr. Pruengrueber zur Beobachtung kam; es handelte sich um einen Tetanuskranken, der beim Beginn einer Chloroformnarcose von einem heftigen tetanischen Anfall ergriffen wurde und diesem erlag. E. J. MOURE.

21) **Schwabach** (Berlin). **Zur Entwickelung der Rachentonsille.** *Arch. f. mikr. Anat. 32. 1888.*

Nach den Ergebnissen seiner Untersuchungen an menschlichen Embryonen muss Schw. einen genetischen Zusammenhang zwischen der Hypophysis und der als „embryonale Bursa pharyngea" bezeichneten Schleimhauteinsenkung des Rachendaches (Recessus pharyng. med.) in Abrede stellen; es ist vielmehr die in der Medianlinie an der Uebergangsstelle des Fornix phar. in die hintere Rachenwand bei Embryonen auftretende Einsenkung nichts anderes, als die erste Anlage der Rachentonsille. Eine Reihe von Abbildungen illustrirt die sehr werthvolle Arbeit. SEIFERT.

22) **Kilian. Ueber die Bursa und Tonsilla pharyngea.** *Morph. Jahrb. XIV. 4.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

23) **Anton Behrendt. Ueber die Bursa pharyngea.** Inaugural-Dissertation. Würzburg. Becker's Verlag. 1888.

B. stellte unter Seifert's Leitung an 146 Personen Untersuchungen über das Vorkommen, Gestalt, Veränderungen der Bursa und den Zusammenhang dieser mit Krankheiten der Nase und des Rachens an. In 121 Fällen, in 82,8 pCt., konnte die Rhinoscopia posterior ausgeführt werden. Die Bursa fand sich 14 mal (11,8 pCt.) als ein einziges mittleres Grübchen, 19 mal (16,4 pCt.) als ein einziger Trichter, 18 mal (15,20 pCt.) als einzige Längsspalte, 39 mal (33 pCt.) als mittlerer Recessus neben gleichzeitigen seitlichen Vertiefungen. In 13 Fällen (11 pCt.) fanden sich nur seitliche Vertiefungen, in 16 Fällen war überhaupt

keine Vertiefung zu sehen. 4mal fehlte die Tonsilla pharyngea. In 5 Fällen fand sich eine mediane die Bursa in eine vordere und eine hintere Hälfte theilende Scheidewand. In höherem Alter wird die Tonsilla phar. meist mehr oder weniger atrophisch, ihre Hypertrophie seltener. SCHECH.

24) **E. Bloch** (Freiburg). **Ueber die Bursa pharyngea.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 14, S. 269. 1888.*

In diesem nach Art eines Lehrbuchs gehaltenen Aufsatz giebt B. eine Uebersicht über die Literatur der Bursa und druckt wörtlich die Angaben F. J. G. Mayer's über dieselbe ab. Trotzdem er die neueren Untersuchungen von Dursy, Ganghofner und Schwabach anerkennt, hält er die Bezeichnung Bursa für den Recessus medius bei. Er unterscheidet als Krankheiten Cysten und Katarrhe, letztere in zwei Arten: a) mit flüssigem, b) mit eintrocknendem Secret.

Letztere überzöge häufig die hintere Rachenwand und greife auch auf den Kehlkopf über. Als Symptome werden besprochen: Fremdkörpergefühl, gastrische Störungen, Hämoptoe, nervöse Erscheinungen. Zur Diagnose benutzt Bl. grössere Kehlkopfspiegel ohne Gaumenhalter. Behandlung: Reinigung, Galvanokaustik. B. FRAENKEL.

25) **Zwirn** (Würzburg). **Ueber Cysten der Bursa pharyngea.** Inaugural-Dissertation. Würzburg 1888.

Die vorliegende, zu Beginn des vorigen Jahres und jetzt im Buchhandel erschienene Dissertation bereichert die Casuistik der cystösen Erkrankung des Recessus pharyng. medius (Bursa pharyngea) um 2 interessante Fälle aus der Praxis des Ref. In beiden Fällen handelte es sich um jugendliche Individuen, bei denen die Hauptsymptome in Kopfschmerzen bestanden. In dem einen Falle wurde mit Hülfe des Galvanocauters, in dem anderen durch wiederholte Höllensteinätzungen (nach vorheriger Eröffnung der Cyste) Heilung erzielt. SEIFERT.

26) **v. Kostanecki** (Berlin). **Die pharyngeale Tubenmündung und ihr Verhältniss zum Nasenrachenraum.** *Arch. f. mikr. Anat. 29. 1887.*

Die Untersuchungen v. K.'s beziehen sich ausser rein anatomischen Untersuchungen auf Messungen der Entfernungen der pharyngealen Tubenmündung von den übrigen Gebilden des Nasenrachenraumes. Die Messungen sind an einer grossen Anzahl von Objecten verschiedenen Geschlechtes und verschiedener Altersklassen angestellt und beziehen sich auf die senkrechte Entfernung (des vorderen oberen Randes des Ostiums, des ungefähren Mittelpunktes, des hinteren unteren Randes) über dem Niveau des harten Gaumens, die senkrechte Entfernung vom Pharynxdach, die Entfernung von der hinteren Pharynxwand, die Entfernung von der Concha inferior. SEIFERT.

27) **N. R. Gordon. Behandlung des Nasenrachencatarrhs. (How to treat nasopharyngeal catarrh.)** *Peoria Med. Mouthly. Sept. 1888.*

G. empfiehlt einen Spray von warmem Vaselinöl, Oel von Herba Pyrolae rotundifoliae und Resorcin. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **Coupard. Die adenoiden Tumoren des Rachens und die Laryngitis stridulosa. (Les tumeurs adénoides du pharynx et les laryngites striduleuses.)** *Extr. de: Revue génér. de clin. et de thérap. Paris 1888.*

C. schreibt den adenoiden Vegetationen einen Einfluss auf die Entstehung der Laryngitis stridulosa zu.

Ich gestehe, diese Theorie hat noch Beweise nöthig, um zu Recht zu bestehen; denn sehr viele Kinder haben keine Spur von Vegetationen und doch Anfälle von Laryngitis spasmodica und umgekehrt. E. J. MOURE.

29) **Soustre. Ein operatives Vorgehen bei adenoiden Tumoren des Nasenrachenraums. (Sur un procédé opératoire des tumeurs adénoides du pharynx nasal.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Verf. lässt die verschiedenen operativen Eingriffe Revue passiren und giebt dem Hopman'schen Vorgehen mittelst der Pincette und des Kautschukrohrs zum Halten des Gaumensegels den Vorzug. Er beschreibt die manuelle Technik desselben in eingehender Weise und räth zu einer allgemeinen Narcose durch Chloroform. E. J. MOURE.

30) **Pause. Ueber die adenoiden Tumoren der Nase und des Nasenrachenraumes.** Halle 1888.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

31) **Farquhar Matheson. Stottern, Stammeln und Erkrankungen des Nasenrachenraumes. (Stammering and stuttering and naso-pharyngeal disease.)** Report of Section of Otology Brit. Med. Assoc. *Brit. Med. Journal. 1. September 1888.*

M. meint, dass das Stottern und Stammeln gewöhnlich die Folge von Neubildungen und Erkrankungen der Nasenhöhlen, wie Schwellung der Muscheln, adenoide Vegetationen und chronische Rhinitis, ist. A. E. GARROD.

32) **F. E. Ingals. Fibrome des Nasenrachenraums. (Naso-pharyngeal fibromata.)** *Journ. American Med. Association. 8. December 1888.*

J. meint, dass die Entfernung stets durch die natürlichen Passagen erfolgen müsse; ist es nicht möglich, die ganze Geschwulst zu entfernen, so solle der Rest durch Elektrolyse zerstört werden. Bericht über einige Fälle.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **Menobal. Fibröser Nasen-Rachenpolyp. (Polipo fibroso naso-faringeo.)** *Revista de ciencias med. Habana. 9. März 1888.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

34) **Fontan. Die temporäre Resection des Oberkiefers als vorbereitende Operation zur Entfernung von Polypen des Nasenrachenraums. (Résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation de polypes naso-phayngiens.)** 3. Französischer Congress für Chirurgie. Paris 1888.

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

35) **H. H. Clutton** (London). **Ein Fall von Geschwulst des Nasenrachenraums mit Betheiligung der Schädelbasis. (A case of naso-pharyngeal tumor affecting the base of the scull.)** *Lancet. 1. Dec. 1888.*

Bericht über einen Fall, in dem ein grosses weiches Fibrom, das von der Schädelbasis aus wuchs, mit der kalten Schlinge entfernt wurde. Der Processus basilaris des Hinterhauptbeins wurde mit dem scharfen Löffel eröffnet und von Massen einer weichen Neubildung befreit. 2 Jahre nachher bestand kein Recidiv.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

36) **Heitmann** (Halle). **Sechs Fälle von typischen Nasenrachenfibroiden.** Inaug.-Dissertation. Göttingen 1888.

In den auf der König'schen Klinik in Göttingen beobachteten Fällen wurden mit Ausnahme eines Falles nur wenig eingreifende und wenig entstellende Voroperationen behufs Entfernung der Tumoren gemacht, in 3 Fällen Spaltung der Nase durch einen Längsschnitt, in 2 Fällen Umklappen der Nase nach Umschneidung derselben, in 1 Fall T-Schnitt und Durchtrennung des erweichten Jochbogens in der Mitte vorgenommen. Da der eine Fall zweimal zur Operation kam, so kommen aut die 6 Fälle 7 Operationen, im 7. Fall wurde die Resection des Oberkiefers nach Langenbeck gemacht, während welcher Patient zu Grunde ging.

SEIFERT.

37) **W. B. Platt. Fibro-Adeno-Enchondrom des Nasenrachenraums; Längsspaltung des weichen Gaumens; Entfernung der Geschwulst; primäre Vereinigung. (Fibro-Adeno-Enchondroma of the naso-pharynx; longitudinal division of the soft palate, removal of the tumor, primary union.)** *Philad. Med. News. 2. Juni 1888.*

Die Ueberschrift des Artikels giebt hinreichenden Aufschluss über die Natur des Falles; es werden ausführliche klinische Details gegeben; nach der Entfernung maass die Geschwulst nahezu $1^1/_2$ Zoll in ihrem grössten Durchmesser und 1 Zoll um den Stiel an der Trennungsstelle. — Kein Recidiv 6 Monate später. — Die Arbeit schliesst mit einem Resumé über die Operationsmethode, die bei der Entfernung dieser Art von Geschwülsten in Frage kommen.

LEFFERTS.

38) **V. Nicolaj** (Mailand). **Exstirpation eines enormen fibro-mucösen Polypen von der Schädelbasis mittelst der Schlinge. (Esportazione della base del cranio con l'ansa metallica di voluminato polipo fibro-mucoso.)** *Bollet. della Poliambulanza di Milan. 1888.*

Der Titel kennzeichnet den Inhalt zur Genüge; der Tumor wog 40 g.

CARDONE.

39) **Raingeard. Ein Tumor, operirt mittelst Abtragung des Oberkiefers. (Tumeur et ablation du maxillaire superieur.)** *Gaz. méd. de Nantes. 9. August 1888.*

Es handelte sich um einen Nasenrachenpolypen, der durch Resection des Oberkiefers operirt wurde. Das Kind genas.

E. J. MOURE.

40) **Moreau Roberts Brown. Kneifzange für den Nasenrachenraum. (Post-nasal punch forceps.)** *N. Y. Medical Record. 15. Dec. 1888.*

Die Blätter sind $1^1/_2$ Zoll lang und bilden einen Winkel von 50° (dieser erscheint in der Figur nicht so) mit dem Körper der Zange, das eine endigt in ein ringförmiges Messer, das andere ist fest, mit flacher, weicher, kupferbekleideter Oberfläche. (? Red.) LEFFERTS.

## c. Mundrachenhöhle.

41) **A. A. London** (Adelaide.) **Ein Kind mit doppeltem Mund. (An infant with two mouths.)** *Australasian Med. Gazette. März 1888.*

Das Kind war sonst gut gebildet. Die beiden Münder waren nicht völlig von einander abgeschlossen und communicirten mit einem gemeinsamen Rachenraum. Es waren geringe Andeutungen eines doppelten Kinnes da, aber die Furche war nicht deutlich markirt; dagegen waren Zunge und Gaumendach doppelt. Ferner war ein kleines drittes Nasenloch in der geräumigen breiten Nase. Man glaubte eine Furche, welche zwei Tracheen von einander schied, fühlen zu können; der Kehlkopf war entweder sehr geräumig oder doppelt.

A. E. GARROD.

42) **La Torre. Hygiene des Mundes. (Igiene della bocca.)** Bergamo. 1888.

Die Arbeit stellt alles einschlägige zusammen. F. CARDONE.

43) **M. Gley. Einfluss der Nerven auf die Speichelabsonderung. (Action des nerfs sur la sécrétion salivaire.)** Soc. de biologie. Sitzung vom 8. December 1888, in: *Bulletin méd. 12. Dec. 1888.*

Verf. hatte bereits bemerkt, dass unter gewissen Umständen die Reizung des centralen Endes des Nervus ischiadicus, weit entfernt, die Speichelabsonderung zu vermehren, wie dies gewöhnlich statthat, vielmehr diese Secretion beschränkt; er stellte eine Reihe Experimente über diesen Punkt an und konnte folgendes constatiren.

Wenn die Speicheldrüse lebhaft secernirt, z. B. nach Reizung der Chorda tympani, hemmt die Reizung des Nervus ischiadicus die Secretion, vorausgesetzt jedesmal, dass die beiden Reize fast gleichzeitig erfolgen, d. h. dass man auf den N. ischiadicus einwirkt, unmittelbar nachdem man die Chorda tympani gereizt hat. Wenn dagegen eine gewisse Zeit zwischen beiden Reizungen verflossen ist, so tritt die hemmende Wirkung vom Ischiadicus aus nicht mehr in Kraft.

Wenn man andererseits mittelst Pilocarpin eine gesteigerte Speichelabsonderung erregt, wird die Reizung der Chorda tympani unter diesen Bedingungen die Secretion nicht mehr steigern und der Effect des Pilocarpins bleibt allein in Kraft.

Sollte in diesen Facten nicht eine Analogie liegen mit dem von Marey

für's Herz beschriebenen Verhalten, das er mit dem Namen der Ruhezeit bezeichnet hat? Er hat in der That gezeigt, dass während der Systole das Herz auf Reize nicht antwortet.

Es ist dies ein Beispiel einer aufhebenden Nervenaction ähnlich der früher von Brown-Séquard für die Pupille gezeigten. Wenn die Iris zusammengezogen ist, führen neue Reize ein Erschlaffen derselben herbei.

Alle diese Thatsachen sind geeignet, den Satz zu begründen, dass wenn ein Organ in Thätigkeit ist, eine nervöse Reizung dazu dient, es in die umgekehrte Lage zu bringen. E. J. MOURE.

44) **Alexander Harkin** (Belfast). **Unterdrückung der Speichelsecretion. (Suppression of the salivary secretion.)** *Lancet. 4. Febr. 1888.*

H. lenkt die Aufmerksamkeit auf seinen Artikel in dem Dublin Journal of Medical Sciences, Jahrgang 1880, in dem er den Nutzen des Chlorkalium für diesen Zweck beschrieb. A. E. GARROD.

45) **Netter. Streptococcus pyogenes im Speichel gesunder Menschen. (Présence du streptocoque pyogène dans la saliva des sujets sains.)** *Journ. des conn. méd. 13. Juli 1888.*

N. fand ihn bei 5,51 pCt. der untersuchten Individuen, doch findet er sich nicht beständig bei demselben Individuum. E. J. MOURE.

46) **Pernet. Grosser Speichelstein. (Gros calcul salivaire.)** *Bul. méd. des Vosges. April 1888.*

War nicht aufzutreiben. E. J. MOURE.

47) **P. M. Carleton. Uebertragung von Syphilis durch den Speichel. (Communicability of syphilis through the saliva.)** *Brit. med. Journ. 4. Febr. 1888.*

Kurze Notiz über einen Fall, der infolge von Tättowiren eingetreten war. A. E. GARROD.

48) **V. Mibelli** (Siena). **Ueber die Abschuppung an der Oberfläche der Zunge. (Della esfoliazione aerata della lincgua.)** *Giornale delle malat. della pelle etc. Dec. 1888.*

Eine bemerkenswerthe Arbeit. — Nach einem kritischen Ueberblick über die Litteratur über diese Frage berichtet M. sieben von ihm beobachtete Fälle und verbreitet sich über die Symptomatologie und die Form dieser Störung, über ihre Entwickelung, über die Aetiologie und die Natur des krankhaften Processes. M. unterzieht die parasitäre Theorie einer kritischen Besprechung, ebenso die Annahme einer Störung des Ernährungsprocesses etc.; er selbst glaubt die Krankheit auf einen Entwickelungsfehler zurückführen zu dürfen. Sie erergreift besonders die obere Lage oder das Stratum corneum des Zungenepithels. Deshalb muss die Krankheit unter die Gruppe der Keratosen gerechnet werden. Es kommt vor, dass das Stratum corneum der Zunge, wenn es einmal zu stark geworden ist (Hyperkeratosis) sogleich die natürliche Verbindung mit den unteren Lagen verliert und abfällt. Deshalb muss man die Krankheit eigentlich als eine Art Keratolyse bezeichnen. F. CARDONE.

49) **Schwartz. Die Glossodynie und ihre Behandlung durch Cauterisation mit dem Glüheisen. (De la glossodynie et de son traitement par la cautorisation ignie.)** *Rev. génér. de clin. et de thérap. 31. Mai 1888* und *Journ. de méd. de Paris. 20. Mai 1888.*

Nach einer kurzen Darlegung der Frage rühmt der Autor die galvanische Behandlung, die, wie wir wissen, oft die besten Resultate gewährt bei Fällen, bei denen die verschiedenen örtlichen Mittel vergeblich angewandt worden sind.

E. J. MOURE.

50) **M. Lannois. Schwarze Zunge. (Sur la langue noire.)** *Ann. des mal. de l'oreille. Nov. 1888.*

Verf. erinnert an die über diesen Gegenstand veröffentlichten Arbeiten und hält die Affection nicht für sehr selten. Er theilt selbst drei Fälle mit mikroscopischer Untersuchung mit und meint, dass es sich nicht um eine trophische Störung handle, sondern um einen Reizzustand der Papillen durch ein Mikrobion oder einen Pilz, der noch zu bestimmen ist. Vielleicht spielt auch der Grund und Boden eine Rolle. Rücksichtlich der Behandlung bringt er nichts Neues.

E. J. MOURE.

51) **F. Occhini. Imaginäre Ulceration der Zunge. (Ulcerazione imaginarie della lingua.)** *Gazz. med. di Rome. XIV. 73–75. 1888.*

Nicht zu erhalten. F. CARDONE.

52) **Castelo** (Madrid). **Zungengeschwür. (Fisura de la lengua.)** *Revista de Medicine y Cirugía práctica. 22. Juli 1888.*

In der Sitzung der K. Academie der Medicin vom 13. April 1888 theilt Verf. ausführlich die Geschichte eines von ihm im Hospital de San Juán de Dios geheilten Falles von verschwärtem Gummiknoten der Zunge mit, dessen Beginn vom vorgestellten Patienten im Mai 1885 beobachtet worden, aber erst am 8. October 1887 durch den Eintritt in jenes Krankenhaus zu richtiger Diagnose und Behandlung kam. Letztere bestand in Milchdiät, Mundausspülung mit Jod-Jodkaliumlösung, Bepinselung des Geschwürs mit verdünnter Jodtinctur und innerlicher Verabreichung von Jodkalium, von 1 Grm. bis zu 6 täglich steigend. Als das Geschwür zu einer Fissur zusammengeheilt war, wurden noch in $^1/_2$ pCt. Kupfersulphatlösung getränkte Wattestreifen aufgelegt und schliesslich noch einige Höllensteintupfungen vorgenommen. In $1^1/_2$ Monaten war die Heilung vollständig. — Die Herren Creus und Saumartin berichteten ebenfalls Fälle von Zungengeschwür, die sie beobachtet hatten und besprachen die Differentialdiagnose dieser Geschwüre in Bezug auf Carcinome und Syphilis. SENTINON.

53) **H. T. Butlin** (London). **Chronisches Zungengeschwür. (Chronic ulcer of tongue.)** *Brit. Med. Journ. 26. Mai 1888.*

In einem am 16. Mai 1888 vor der Metrop. Counties Branch, Western District, der Brit. Med. Assoc. gehaltenen Vortrage beschrieb B. drei Fälle von Zungengeschwüren, die aller Behandlung widerstanden, und schliesslich nur durch Incisionen, die tief ins Parenchym der Zunge gingen, zur Heilung gebracht wurden.

SEMON.

54) **Theodore Maxwell** (Woolwich). **Resorcin bei schmerzhafter chronischer Ulceration der Zunge. (Resorcin in chronic painful ulceration of the tongue.)** *Lancet. 21. April 1888.*

Verf. berichtet über einen Fall, wo das Bestreichen der fissurenreichen und ulcerirten Zunge mit Resorcin bei einem Patienten, der jeder anderen Behandlung getrotzt hat, vom besten Erfolge begleitet war. A. E. GARROD.

55) **Fehleisen** (Berlin). **Ligatur beider Zungenarterien in einem Falle von angeborener Makroglossie. (Ligature of both lingual arteries in a case of congenital macroglossia.)** *Brit. Journ. of Dental Science. 15. Jun. 1888.*

F. spricht sich für diese Operation bei jungen Kindern, welche an der genannten Affection leiden, aus und berichtet über 2 Fälle, in denen ein günstiger Effect erzielt wurde. A. E. GARROD.

56) **C. Gallozzi** (Neapel). **Chronische Hypertrophie der Zunge. (Ipertrofia cronica della lingua.)** *Gli Incurabili an III. No. 16. 15. Aug. 1888.*

Ein kleines Mädchen, das eine stark vergrösserte Zunge darbot, die ungefähr 5 cm aus dem Munde hervorragte; Kiefer und Unterlippe waren infolgedessen herabgedrückt. Die Zunge war in allen ihren Durchmessern vergrössert, von blasser Farbe mit verdicktem Epithel, an manchen Stellen abgeschuppt, die Resistenz war vermehrt, Schmerz bestand nicht. Das Gesicht der Kranken ist entstellt. Die Hypertrophie bildete sich von der Geburt an allmälig. — Operation. — Heilung.

Die mikroscopische Untersuchung ergab: Grosse Lymphräume mit Anhäufung lymphoider Zellen. Die Wandung der Lymphräume verdickt durch reichliches Bindegewebe: auch die Muskelfasern verdickt.

G. meint, dass es sich in diesem Falle von Hypertrophie der Zunge eigentlich um ein cavernöses Lymphangiom handelte. Er erinnert an einen andern Fall, den er 1872 beobachtet hat, wo es sich um ein Myom der Zunge handelte; in diesem waren das Bindegewebe und die Muskelfasern ausserordentlich vermehrt, ohne dass die lymphatischen Elemente beträchtlich entwickelt waren.

CARDONE.

57) **Shepherd** (Montreal). **Hemiglossitis. (Hemiglossitis.)** *Montreal Med. Journ. Aug. 1888.*

Kurzer Bericht über einen Fall bei einem 30jährigen Manne, bei dem sich die Glossitis auf die rechte Zungenhälfte beschränkte. A. E. GARROD.

58) **G. Tacchetti. Fälle von Herpes der Zunge bei Gelbsucht. (Caso d'erpete linguale a seguito d'itterizia.)** *Giorn. di Med. milit. Rome. Juni 1888.*

In seinem Falle glaubt T. habe eine Elimination von Gallensalzen durch den Speichel stattgefunden; dieser habe die Zungenschleimhaut gereizt und den Herpes hervorgerufen. CARDONE.

59) **J. Bell** (Hongkong). **Primäre Syphilis der Zunge. (Primary syphilis of the tongue.)** *Lancet. 4. Aug. 1888.*

Patient, ein Seemann von 45 Jahren, hatte eine harte indurirte Masse

etwa von der Grösse einer Lambertnuss im mittleren Drittel der Zunge linkerseits. Sie war an der Oberfläche und den Seiten ulcerirt; Gaumen und Zahnfleisch waren mit Schleimplaques bedeckt. Die Submaxillar- und Inguinaldrüsen waren geschwollen und es trat ein reichliches papulöses Exanthem auf.

A. E. GARROD.

60) **Ch. Mauriac. Klinische Schilderung der Zungenerkrankungen bei tertiärer Syphilis. (Description clinique des glossopathies syphilitiques tertiaires.)** *Semaine médicale, pag. 101. 1888.*

Nichts Neues.

E. J. MOURE.

61) **A. Poncet. Intralingualer Tuberkelknoten. (Tuberculome intralingual.)** *Lyon méd. 3. Juni 1888.*

Verf. stellt einen Mann von 26 Jahren vor, der seit 3 Jahren einen Tumor am rechten Zungenrand hatte. Es finden sich mehrere submaxillare Drüsen. Im Niveau des Tumors findet sich keine Ulceration. Die Diagnose: Tuberkelknoten wurden durch eine Punction bestätigt.

E. J. MOURE.

62) **H. A. Thomson** (Edinburgh). **Tuberculöses Geschwür und Psoriasis der Zunge. (Tubercular ulcer and psoriasis of the tongue.)** *Brit. Med. Journ. 22. Sept. 1888.*

Der Patient war ein Mann von 51 Jahren; seine Zunge war vor 6 Monaten erkrankt; damals bestand ein Geschwür ungefähr von der Grösse eines Guldens am linken freien Rande der Zunge ganz dicht bei der Lippe, fast kreisförmig, mit verdickten und leicht erhabenen Rändern, den Grund eingenommen von fetzigen Granulationen mit indolentem Typus. Nahe der Ulceration in der Mitte des vorderen Zungentheiles waren polygonale Plättchen von graulich-weisser Farbe, getrennt durch tiefe Spalten. Es bestanden Zeichen von Phthisis in beiden Lungen. Die Obduction zeigte, dass das Geschwür tuberculöser Natur war.

A. E. GARROD.

63) **F. S. Eve** (London). **Einseitiges Papillom der Zunge. (Unilateral papilloma of tongue.)** *Transactions of the Pathol. Society. Vol. XXXVIII. pag. 358. 1887.*

Demonstration des Präparates am 4. Januar 1878 vor der Pathol. Society. Die Geschwulst war von einer 59jährigen Irländerin, die starke Pfeifenraucherin war, und schlechte Zähne hatte, entfernt, und entsprach der Stelle, wo der Pfeifenstiel im Munde gehalten wurde und die Zähne besonders schlecht waren. Sie befand sich augenscheinlich in einem Uebergangsstadium von Papillom zum Epitheliom.

SEMON.

64) **Mandillon** (Bordeaux). **Tumor der Zunge. (Tumeur de la langue.)** Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux in: *Journ. de méd. de Bordeaux. 9. Dec. 1888.*

Es handelte sich um ein Sarcom.

E. J. MOURE.

65) **Francis J. Sheffard** (Montreal). **Ein Fall von Excision der Zunge mit folgender acuter Miliartuberculose; Tod. (A case of excision of the tongue follo-**

**wed by death from acute miliary tuberculose.)** *Annals of surgery. November 1888.*

Geschichte des Falles, der zuerst für ein blosses Epitheliom angesehen wurde, mit Obductionsbericht. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

66) **Trélat. Ulcerirtes Cancroid der Zunge; geheilt zuerst durch Behandlung mit Carbolsäure; Recidiv nach Unterbrechung der Behandlung; Operation; Tod. (Cancroide ulcéré à la langue guérie une première fois par le traitement phénique, Récidive après interruption du traitement, opération, mort.)** *La Médicine. No. 34. 1888.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

67) **G. Bezzi. Epitheliom der Zunge und des Mundbodens. (Epitelioma della lingua e del pavimento della bocca.)** *Rassegna di sc. med. III. p. 35. 1888.*

Klinischer Fall. CARDONE.

68) **Wm. H. Carmalt. Entfernung der Zunge bei Zungenkrebs. (Removal of the cancerous tongue.)** *N. Y. Medical Record. 13. Oct. 1888.*

Der infiltrirende Charakter der Geschwulst, die Schwierigkeit des Schluckens, die Qual des Speichelflusses, fötider Athem, mehr oder minder häufige Anfälle drohender Suffocation, das Bewusstsein, dass eine dauernde Heilung unmöglich sei, macht den Zustand der Patienten zu einem elenden und sollte den Chirurgen bestimmen, Alles zu thun, was in seiner Macht steht, um ihnen, wenn auch nur für einige Zeit, Heilung zu gewähren. Die Radicaloperation der Exstirpation ist jetzt die einzig anerkannte beim Zungenkrebs. — Die Statistiken des Krankenhauses im Staate Connecticut geben eine Reihe von 1227 Todesfällen infolge von Krebs; in 231 von diesen war der Sitz des Leidens nicht bekannt. In 12 von den bleibenden 996 localisirte sich die Krankheit in der Zunge; bei 3 von diesen ist das Geschlecht nicht genannt, 1 Fall betraf ein Weib, 8 Männer. Wahrscheinlich ist das Verhältniss des Zungenkrebses zu Krebs im Allgemeinen das von 1 pCt. Für diese Fälle ergab sich die allgemeine Regel, dass der Krebs gewöhnlich seinen Ausgang von einem Punkte nahm, der lang fortgesetzter Reizung ausgesetzt war. LEFFERTS.

69) **Christopher Heath** (London). **Zwei Fälle von Exstirpation der ganzen Zunge wegen Epitheliom; in einem wird zugleich das submentale Gewebe und ein Theil des Unterkiefers mitentfernt; Wiederherstellung. (Two cases of removal of the whole tongue for epithelioma, and in one, of the submental tissue and part of the lower jaw also: recovery.)** *Lancet. 23. Juni 1888.*

Der Titel erklärt den Inhalt. A. E. GARROD.

70) **Kirmisson. Chirurgische Behandlung des Zungenkrebses; Nothwendigkeit einer strengen Antisepsis vor der Operation. (Traitement chirurgical du cancer de la langue, nécessité d'une antisepsie rigoureuse avant l'opération.)** *Bullet. méd. 12. Juli 1888.*

Gelegentlich eines 53jährigen Patienten hält K. eine klinische Vorlesung

über diesen Gegenstand und bespricht die verschiedenen, bei dieser Affection anwendbaren Methoden. E. J. MOURE.

71) **Rutherford Morison** (Newcastle on Tyne). **Ein Fall von einseitiger Zungenlähmung nach Verletzung des Hypoglossus. (Case of unilateral tongue paralysis from injury to hypoglossal nerve.)** *Brit. Med. Journ. 14. Juli 1888.*

Patientin, ein Mädchen von 16 Jahren, kam, als es über einen Graben sprang, ungeschickt auf ihre Füsse zu stehen und fühlte eine Verstauchung im oberen Theil des Nackens. Unmittelbar darauf fühlte sie, dass etwas in Unordnung mit ihrer Zunge war und hatte, wenn sie dieselbe bewegen wollte, ein Gefühl, als rollte sie im Mund umher. 18 Monate nach der Verletzung bestand eine deutliche Atrophie der rechten Zungenhälfte; die Sprache war sehr erschwert. Verfasser führt die Affection auf eine Quetschung des Hypoglossus und eine Blutung in seine Scheide zurück, bedingt durch Compression des Nerven zwischen der Wirbelsäule und der Schädelbasis, oder durch Dehnung desselben über dem Process. transvers. longus des Atlas in Folge einer ungeschickten Drehung des Kopfes. A. E. GARROD.

72) **J. J. Higgins. Ein sich selbst haltender Zungenspatel. (A self retaining tongue depressor.)** *N. Y. Med. Journ. 18. Nov. 1888.*

Die mechanische Beschreibung ist unnöthig, da der beigegebene Holzschnitt ein vollständiges Bild des Instruments giebt und mit einem Blick seine Bedeutung erkennen lässt. LEFFERTS.

73) **J. M. Cotterill** (Edinburgh). **Mundsperrer mit Einrichtung zum Zurückziehen der Wange und Herabdrücken der Zunge. (Cheek retractor and tongue depressor.)** *Lancet. 1. Dec. 1888.*

Beschreibung des Instrumentes. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

## d. Diphtheritis und Croup.

74) **H. T. Griffiths** (London). **Ein Lustrum Diphtherie im St. George's Hospital. (One lustrum of diphtheria at St. George's Hospital.)** *Lancet. 14. Juli 1888.*

Während des Jahres 1882—86 wurden 91 Fälle von Diphtherie aufgenommen. Operirt wurden 58 Fälle mit 2 Heilungen; die Sterblichkeit betrug über 96 pCt., da von 91 Fällen 83,6 pCt. tödtlich endeten. G. vergleicht diese Statistik mit einigen anderer Hospitäler, welche gleichfalls hohe, aber nicht ebensolche Sterbeziffer haben. Er betont die grosse Wichtigkeit, frühzeitig zu operiren, sorgfältig zu ernähren und die Membran, wenn möglich zu entfernen. Er hält es für einen Missgriff, den Patienten in einer warmen Dampfatmosphäre vor der Operation zu halten, da eine warme, trockene Luft zuträglicher sei.

A. E. GARROD.

75) **De Crésantiques. Verbreitung der Diphtherie. (Propagation de la diphthérie.)** Soc. de méd. prat. Paris. 5. Juli 1888.

C. wünscht die Aufmerksamkeit auf eine besondere Art der Verbreitung der

Diphtherie zu lenken, nämlich diejenige, bei der ein Individuum von einem anderen mit Diphtherie angesteckt wird, ohne sich irgendwie in dessen Umgebung befunden zu haben. Die Uebertragung geschieht durch einen dritten, welcher, obwohl er in mehr oder weniger enger, resp. fortgesetzter Berührung mit dem Diphtheritiskranken war, dennoch ganz gesund bleibt und nur als Träger des Krankheitspilzes dient.

Zur Stütze hierfür führt er mehrere eigene Beobachtungen an, von denen die erste ihm besonders zum Nachdenken Anlass gab. Er hatte nämlich das Unglück, seine Mutter an Diphtherie zu verlieren, als er sich als Externer anf dem Isolirpavillon des Hôpital des Enfants malades befand. Zweifellos hat er, ohne selbst zu erkranken, die Krankheit indirect übertragen.

In gleicher Weise erinnert er an eine von Lancry veröffentlichte Beobachtung in seiner Dissertation vom Jahre 1886 und an mehrere andere, kürzlich in der Sociète de Medicine publique von Thoinot mitgetheilte Beobachtungen, die er in den Acten der Académie de médicine gefunden hat.

Dieser Ansteckungsmodus ist den meisten Aerzten bekannt, aber man hält ihn für eine Ausnahme; da er, mit Ausnahme eines einzigen, in keinem der klassischen Werke erwähnt wird. Dennoch ist Verfasser der Ueberzeugung, dass dieser Modus nur deshalb für selten gehalten wird, weil man nicht daran gewöhnt ist, dies zu untersuchen: Viele Fälle von Diphtherie, deren Ursprung man nicht entdecken konnte und die deshalb für spontan entstandene angesehen werden, haben wahrscheinlich den Entstehungsmodus, der uns beschäftigt.

Es sind neue Untersuchungen nothwendig. Auch ist es klar, dass sie ein grosses Interesse rücksichtlich der Prophylaxe einer Krankheit darbieten, welche von Jahr zu Jahr immer mehr Opfer fordert. E. J. MOURE.

76) **Jaubert. Uebertragung der Diphtherie von Hühnern auf den Menschen. (Contagion de la diphtherie des Gallinacées à l'homme.)** *Journ. de méd. et de pharmac. de l'Algérie. Sept. 1888.*

Die Ueberschrift sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

77) **C. Guatteri. Die Diphtheritis-Epidemie in der Umgebung von Ravenna. (L'epidemia difteritica nell 'agro Ravennate.)** Typ. Calderini. 1888. Reggio d'Emilias.

Nicht zugänglich. F. CARDONE.

78) **L. Dufour. Diphtherie in Fécamp. (La diphtherie à Fécamp.)** *La Normandie méd. 15. Oct. 1888.*

Statistische Studie über die in Fécamp beobachtete Diphtherie. E. J. MOURE.

79) **Brouardel** und **Du Mesnil. Diphtheritis-Epidemie. (Epidémie de diphthérie.)** Soc. de méd. publique et d'hygiène profess. 28. Mai 1888.

Der Titel zeigt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

80) **D'Espine. Der Diphtheritisbacillus. (Du bacille diphthéritique.)** *Paris méd. 1. Juli 1888.*

Der Titel kennzeichnet den Inhalt. E. J. MOURE.

81) **Duclos. Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen der Rachendiphtherie und der gewöhnlichen couennösen Angina. (Des difficultés du diagnostic différentiel de la diphthérie pharyngée et de l'angine couenneuse commune.)** *Revue gén. de Clin. et de Thérap. 25. Aug. 1888.*

Da die mikroscopische Untersuchung der Pseudomembranen nicht immer entscheidend oder ausführbar ist, so muss man den klassischen Symptomen genaue Aufmerksamkeit schenken. Da die Diphtherie oft in der Nase beginnt, wird man an diese Krankheit denken müssen, sobald eine Adenitis submastoidea oder cervicalis besteht. E. J. MOURE.

82) **Mariani. Kann man prognostisch zwei Formen der Diphtherie unterscheiden? (Pheden distinguine para el pronostin dos formas di difteria?)** *Revista med. vasco-navarra. Juni 1888.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

83) **Colman** (London). **Der Darm bei der Diphtherie. (Intestines in diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 7. April 1888.*

Demonstration der Därme von 3 Fällen von Diphtherie vor der Pathol. Society am 3. April 1888. In allen 3 Fällen war Vergrösserung der Peyer'schen Plaques, der solitären Drüsen und der Mesenterialdrüsen vorhanden. — Die Discussion, an der die Herren Wilks, Coupland und Norman Moore theilnahmen, drehte sich hauptsächlich um die Frage, welche Veränderungen den verschiedenen acuten Infectionskrankheiten gemeinsam seien. SEMON.

84) **Dyce Duckworth** (London). **Ueber maligne (hämorrhagische) Diphtherie. (On malignant (haemorrhagic) diphtheria.)** *St. Barthol. Hosp. Reports. XXIII. p. 13. 1887.*

Geschichte von 2 Fällen dieser Art; der erste Patient war ein junger Mann von 19 Jahren; die Diphtherie entwickelte sich mit Blutungen aus dem Zahnfleisch, Petechien, Hämorrhagien in die Retina und Epistaxis. Der Tod erfolgte am 6. Tage nach der Aufnahme ins Hospital. — Der zweite Fall betraf einen 4½jährigen Knaben, derselbe litt an Blutungen aus den Lippen, Purpuraflecke an den Beinen und Ulceration mit Gangrän der Tonsillen. Bei der Section wurden zahlreiche Hämorrhagien in den Lungen gefunden. Ferner bestand in beiden Fällen intensive Anämie, die stärker war, als den Blutverlusten entsprochen hätte. A. E. GARROD.

85) **J. A. Coutts** (London). **Diphtheritische Lähmung nach leichter Angina. (Diphtheritis paralysis after slight sore-throat.)** *Brit. Med. Journ. 14. Juli 1888.*

C. betont, wie selten man eine klare Angabe über Diphtherie bei jungen Kindern erhält, die an diphtheritischer Paralyse leiden, obwohl gewöhnlich eine Angina voraufgegangen ist. Er glaubt, dass bei Kindern unter 10 Jahren die Schwere der Halssymptome in umgekehrtem Verhältniss zur Frequenz der Paralyse steht, eine Ansicht, die durch das seltene Vorkommen der letzteren in Fällen, die von einer Tracheotomie wegen Diphtherie genesen, gestützt wird. C. betont,

dass es unmöglich sei, irgendwelche Kenntniss von der Häufigkeit der Paralyse zu erlangen, solange man nicht bestimmte Merkmale dafür hat, was Diphtherie sei und was nicht. A. E. GARROD.

86) **W. H. Thompson. Diphtheritische Paralyse. (Diphtheritic paralysis.)** *Medical News. Philad. LII. 23. 1888.*

Was gewöhnlich als Folgen der acuten Infectionskrankheiten bezeichnet wird, ist in Wirklichkeit ein postlatentes Stadium und ebensosehr ein Theil der Krankheit, wie die sichtbaren Symptome der Entwickelungsperiode. So ist die diphtheritische Paralyse keineswegs ein isolirtes Beispiel der „Folgen" einer anscheinend geheilten infectiösen Krankheit, da der Patient sich nur scheinbar wohl befindet. Denn nachdem alle Symptome verschwunden sind — es können Wochen vergangen sein —, kann derselbe plötzlich schwere Symptome in seinem Nervensystem darbieten: Die Intensität dieser Symptome überschreitet oft die vorhergegangenen Symptome der Diphtherie. Sie sind daher ein postlatentes Stadium der Entwicklung. Denn sie zeigen sich selten vor der zweiten Woche nach dem gewöhnlichen Verlauf der Krankheit: in den meisten Fällen sogar nicht vor der dritten oder vierten Woche; selbst noch später.

Die diphtheritische Paralyse zeichnet sich mehr durch einen zeitlich von dem acuten Stadium getrennten, als durch einen progressiven Charakter ihrer Symptome aus. So geschieht es oft, dass, wenn sie neue Theile des Nervensystems befällt, sie die zuerst befallenen verlässt. Aber diese oberflächliche Aehnlichkeit mit der Hysterie hört hier auf. Denn keine Krankheit hat weniger den Charakter der functionellen und mehr den der organischen Paralyse, als die Diphtherie.

Was die Pathologie der diphtheritischen Paralyse betrifft, so kann man schon aus ihren klinischen Zügen schliessen: 1. dass es sich um eine periphere und nicht um eine centrale Affection des Nervensystems handelt; 2. dass es sich nicht um irgend eine entzündliche Affection der peripheren Nerven handelt, d. h. nicht um echte Neuritis; 3. dass sie von Anfang an durch eine Paralyse der Reflexeindrücke charakterisirt ist.

Was das specielle, im System wirksame Agens, das die Paralyse bewirkt, betrifft, so ist es wahrscheinlich ein Ptomaïn, welches aus den Veränderungen hervorgeht, die der diphtheritische Process in dem Organismus hervorruft.

Was die Behandlung betrifft, so neigt die diphtheritische Paralyse zu spontaner, wenn auch langsamer Heilung. Strychnin und Elektricität leisten nicht viel. Der faradische Strom, als allgemeiner Hautreiz auf die Brust applicirt, kann dazu beitragen, die Respirationsnerven reflectorisch zu reizen; ebenso wie Duchenne, bei Paralyse der Exspiratoren, empfiehlt, ihn im Rücken anzuwenden. Andererseits scheinen locale Reizmittel zuweilen ganz wirksam zu sein. Bei Lähmung des Gaumens und Pharynx scheint das Bestreichen der Theile mit einer Paste aus schwarzem Pfeffer und Honig, alle paar Stunden, eine anhaltendere Wirkung zu üben, als die gewöhnliche vorübergehende Anwendung der Elektricität behufs Wiederherstellung der verloren gegangenen, für das Leben aber wichtigen Reflexerregbarkeit.

Parenchymatöse Neuritiden sollten stets mit Stimulantien behandelt werden; denn es handelt sich wesentlich von Anfang an um einen Verlust der Vitalität. Unter den medicamentösen Mitteln ist Tinct. phospor. das erfolgreichste, sobald die Nieren frei sind. Bei Schleimanhäufung in den Bronchien kann die Behandlung mittelst angemessener Lagerung des Patienten versucht werden. Gegen die Herzschwäche, die während der Diphtherie selbst das Leben bedroht, ist Alcohol in heroischen Dosen zu geben, aber niemals Digitalis. Ist das Herz bei der späteren Paralyse ergriffen, so soll man das mögliche Vorhandensein einer Myocarditis nicht vergessen und das beste Mittel gegen diesen Zustand ist Wein und Sauerstoff.

Der Patient soll in horizontaler Lage und so oft und so viel als möglich im Freien gehalten werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87. **J. Lewis Smith. Diphtheritische Paralyse. Behandlung der Diphtherie. (Diphtheritic paralysis. The treatment of Diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Oct. 1888.*

Verfasser zeigt in seiner Arbeit, indem er eine Geschichte der früheren Forschungen über das Vorkommen der diphtherischen Paralyse giebt, wie langsam neue Ideen Aufnahme finden. Die Ursache der diphtheritischen Paralyse und ihr Operationsmodus waren unbekannt. Sie kam öfter vor, als man gewöhnlich annahm. Eine leichte Entwicklung derselben zeigte sich in Schluckbeschwerden und dem Nasalton der Sprache und konnte der Beobachtung oder Erwähnung entgehen, wenn die Aufmerksamkeit nicht auf ihre Entdeckung gelenkt wurde. Die Paralyse entwickelte sich in grösserem oder geringerem Grade wahrscheinlich in 1 : 5 oder selbst 1 : 3 Fällen einige Zeit nach dem Anfall. Am meisten zeigte sie sich während der Reconvalescenz. Die Fähigkeit, zu sprechen und zu schlucken, war gewöhnlich zuerst herabgesetzt; entferntere Theile litten später. Es wurden Fälle berichtet, bei denen die Paralyse während einer Epidemie ohne nennenswerthe andere Symptome auftrat.

In ähnlicher Weise kann eine tödtliche Nephritis ein oder zwei Wochen nach einem milden Anfall auftreten, der zur Zeit für eine reine Angina gehalten wurde. In dieser Beziehung geht es ebenso wie beim Scharlach. Sowohl die motorischen, als auch die sensiblen Nerven wurden afficirt, was für die Diagnose von Bedeutung war. Die Muskeln, deren Nerven afficirt waren, atrophirten wie bei anderen Lähmungen. Der Frequenz nach traten diese Störungen in folgender Reihe auf: 1. Verlust der Sehnenreflexe, besonders des Knie- und Plantarreflexes und zwar trat er mit dem Beginn der Krankheit auf, dauerte am längsten und kam in $^1/_3$—$^1/_2$ aller in Behandlung befindlichen Fälle vor. Einige Beobachter constatirten eine Steigerung des Reflexes vor seinem Erlöschen. Die Sensibilität der Haut war oft verstärkt. 2. Paralyse des Velum: langsames Sprechen, Schnarchen und Beschwerden beim Schlucken von Flüssigkeiten verursachend (so dass die Person ihren Kopf zurückbeugen musste). Die Lähmung kann sich auf die Epiglottis und den oberen Theil des Larynx erstrecken, so dass Bissen in denselben eintreten. Sowohl die sensible wie die motorische Kraft stellten sich gewöhnlich wieder her. 3. Paralyse der Motoren des Auges, der unteren oder

oberen Glieder, jedoch sehr verstreut in verschiedenen Muskelgruppen und bisweilen plötzlich von einem Körpertheil auf den andern übergehend. Selten war der Nervencomplex der Blase, des Rectum, der Bauchmuskeln oder des Rückens afficirt. Selbst der Facialis fand sich gelämt. 4. Herzparalyse, die spät aufzutreten pflegte, wenn der Patient anscheinend schon die Krankheit ganz überstanden hatte. Gewöhnlich ging jedoch eine Paralyse des Gaumens einige Tage voran. Was nun die Ursache der Herzparalyse betrifft, so ist viel danach geforscht worden, ob die Muskelsubstanz vergiftet sei, ob sich plötzlich Gerinnsel in den Ventrikeln gebildet hätten, ob das Centrum in der Medulla oblongata gelähmt wäre, oder ob die Vagusinnervation erschöpft worden sei und plötzlich aufhörte. Verfasser meinte, dass es bewiesen werden könnte, dass es sich nicht um eine Paralyse des Herzmuskels mit Degeneration in Folge des diphtheritischen Virus handelte. Denn in den meisten Fällen trat die Paralyse plötzlich auf, und es konnten keine Veränderungen bei der Autopsie gefunden werden. Die Gerinnsel waren, wenn sie sich vorfanden, nach Ansicht des Autors, postmortale Producte. Die so plötzlich und mächtig wirkende Ursache schrieb er hauptsächlich der Lähmung des Vagus und dem Verlust der Herzinnervation zu. Als allgemeine Ursache der diphtheritischen Paralysen, meinte er, sei es nicht unrichtig, wie A. Jacobi dies gethan habe, anzunehmen, dass, wenn die Reconvalescenz einen gewissen Punkt erreicht habe, alsdann giftige Leukomaine mehr oder wenig plötzlich frei würden. Es fanden sich sowohl centrale als auch peripherische Läsionen, zumeist peripherische. Sie stiegen oft aufwärts und konnten so die Nervencentren ergreifen. Es waren jedoch keine structurelle Veränderungen; oder wie sollten sie von einem Punkt zum andern springen?

Was die Behandlung betrifft, so empfahl er milde Diät; einschliesslich peptonisirter Nahrung, allgemeine Hygiene, besonders Ventilation, Tonica und Ruhe. Wenn die Paralyse erschien, erwies sich Strychnin werthvoll als Nervinum und allgemeines Tonicum. Die Massage erwies sich als nützlich, um die gelähmten Glieder in einem guten Zustand zu erhalten, bis die Innervation zurückkehrte. Während jedoch die Ansichten über den Nutzen des faradischen und inducirten Stroms strittig sind, so hat die Galvanisation in einigen Fällen sicher geholfen. LEFFERTS.

88) **J. Lewis Smith. Plötzliche Herzlähmung bei Diphtherie. (Sudden heart failure in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 10. Nov. 1888.*

Wenn wir nach der Ursache der plötzlichen Herzlähmung suchen, so sollen wir das Factum im Auge behalten, dass in der Regel bei den typischen Fällen derselben eine Gaumen-, oft auch eine multiple Paralyse voraufgeht. Dieselbe bestand eine Zeit lang fort, erstreckte sich vielleicht von einer Muskelgruppe auf die andere, bis das Herz plötzlich unter einen mächtigen Einfluss kommt, der seine Thätigkeit einschränkt, ja sogar überwältigt. Die Theorie der mangelhaften Innervation, oder der echten Herzlähmung erscheint am meisten haltbar und auf die grosse Mehrheit der Fälle anwendbar. Die Theorie erklärt auch das Auftreten der Begleiterscheinungen in Fällen von plötzlicher Herzschwäche, wie das Erbrechen, die Schmerzen im Epigastrium und die Athemnoth, oder unregel-

mässige Athmung. Denn das Herz hat seine Innervation aus derselben Quelle, wie die Lungen und der Magen, nämlich von dem Pneumogastricus. Bei der Klassificirung der Formen der diphtheritischen Lähmung ist Smith geneigt, eine bestimmte Klasse unter der Bezeichnung Herzparalyse, oder, um einen französischen Ausdruck zu englisiren, cardiopulmonale Paralyse zu machen.

Bei Besprechung der Aetiologie meinte der Autor, dass das, was rücksichtlich der Ursache und der Natur der Gaumen- und multiplen Paralysen, ja selbst des Verlust der Sehnenreflexe wahr sei, auch wahrscheinlich hinsichtlich der Herzparalyse gelten müsse. Die am meisten empfohlene und von einer grossen Zahl von Specialisten für Nervenkrankheiten, unter Führung von Charcot, angenommene Theorie ist die, dass die diphtheritische Paralyse eine Folge der peripherischen Neuritis sei. Andere, die centrale Läsionen im Nervensystem beobachteten, hatten daraus gefolgert, dass diese einen wichtigen Antheil bei der Erzeugung der Paralyse bilden. Verf. bespricht sodann die Einwürfe, die diesen Erklärungen gemacht werden.

Die Theorie betreffs der Aetiologie der Diphtherie, welche Boden gewinnt, ist die, dass die specifischen Keime nur local auf der Oberfläche wirken und dass die Allgemeininfection durch Ptomaine geschieht, die auf der Oberfläche durch die Thätigkeit der Microben erzeugt werden und durch die Lymph- und Blutgefässe in den Organismus eintreten.

Behandlung. Es ist klar, dass die Herzparalyse schleunigst und mit den kräftigsten Mitteln behandelt werden muss. Patient muss so ruhig als möglich im Bett mit niedrig gelegtem Kopf bleiben und sofort alcoholische Reizmittel erhalten. Bei plötzlichen Anfällen wirke subcutane Injection von Brandy sehr prompt rücksichtlich der Erhaltung der Herzthätigkeit. Ammoniak, Campher, Moschus und der elektrische Strom helfen dabei. Peptonisirte Fleischpräparate, Milch und andere concentrirte Nahrungsmittel für Individuen mit schwacher Verdauung sind von Nutzen. Sind die drohenden Symptome beseitigt, so sind solche Mittel hernach anzuwenden, die sich bei anderen diphtheritischen Lähmungen zweckmässig erwiesen haben. Dann sind also Eisen, Chinin in mässigen Dosen und alcoholische Reizmittel angezeigt. Der elektrische Strom wird je nach der Natur des Anfalls empfohlen. Strychnin halten gute Beobachter für das wirksamste Nervenreizmittel. LEFFERTS.

89) **Arwid Kellgrén. Ein Fall von postdiphtherischer Lähmung, nach dem System von Ling behandelt. Heilung. (A case of post-diphtheritic paralysis treatend according to the system of Ling. Cure.)** *Med. Press and Circular. 25. Juli 1888.*

Der Titel erklärt den Inhalt. A. E. GARROD.

90) **L. Emmet Holt. Multiple Neuritis nach Diphtherie, Lähmung. Ataxie und eine eigenthümliche Deformität des Nackens. (Multiple Neuritis following diphtheria; paralysis, ataxia and a peculiar deformity of the neck.)** *N. Y. Medical Journ. 14. Jan. 1888.*

Eine ausführliche und sorgsame Beschreibung zweier Fälle mit den kli-

nischen Details, eine Illustration der Diphtherie in ihren ungewöhnlicheren Erscheinungsformen; wer ein näheres Interesse daran nimmt, lese den Artikel im Original nach; der Titel repräsentirt in knapper Form den hauptsächlichen Inhalt.

LEFFERTS.

91) **P. Masucci** (Neapel). **Ueber die acuten Manien nach Diphtherie. (Sulle manie acute post-difteriche.)** *Rassegna critic. internaz. delle malattie del naso etc. Oct. 1888.*

Kurze Wiedergabe der Beobachtungen von Schule, Harisch, Hervet, Bloriet, Sackville. — Nichts Neues.

F. CARDONE.

92) **George B. Hope. Einige klinische Züge der Diphtherie und ihre Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd. (Some clinical features of diphtheria and the treatment by peroxide of hydrogen.)** *N. Y. Medical Record. 13. Oct. 1888.*

Die so lange, rücksichtlich des constitutionellen oder localen Anfangs der Diphtherie, getheilt gewesene Ansicht scheint sich jetzt allgemein zu Gunsten der letzteren Theorie zu entscheiden. Auf Grund dieser Ansicht ist es klar, dass eine rationelle Behandlung mehr darauf ausgehen muss, ein Mittel zu finden, welches den specifischen Keim local vernichtet, bevor es zur vollen Entwicklung durch Allgemeininfection kommt, als auf irgend eine Allgemeinbehandlung, die mehr oder weniger als ein Antidot zur Bekämpfung der septischen Einwirkungen, die im Verlauf der Krankheit auftreten, anzusehen ist.

Wegen ihrer giftigen oder reizenden Natur haben die activ keimtödtenden Mittel nur einen beschränkten Nutzen, indem sie nur zur Application auf die Oberfläche oder auf offene Wunden geeignet sind. Ihr ausgiebiger Gebrauch, um diphtheritische Bildungen im Mund oder Hals zu erreichen. besonders bei Kindern, gehört daher leider nicht zum Bereich systematischer Behandlung. Das Wasserstoffsuperoxyd dagegen, das darf man zuversichtlich erhoffen, wird sich, wenn nicht als ein specifisches, so doch zum wenigsten sehr wirksames örtliches Agens erweisen, welches das contagiöse Element zerstört und die Ausbreitung der Pseudomembran hindert. Es ist auch zugleich ein Mittel, welches in der kräftigsten Weise angewendet werden kann, ohne Furcht, nachtheilige, allgemeine Wirkungen zu erzeugen. Man bemerkt, dass unmittelbar nach der Berührung mit dem Superoxyd sich ein weisses wolkiges Coagulum auf und um die diphtheritischen Stellen bildet, das leicht zerfliesst und eine mehr scharf begrenzte, flachere, glatte und weissere Basis hinterlässt. Genau ausgedrückt, tritt keine Verflüssigung des Exsudats ein, aber die Zersetzung der entzündlichen Producte ist eine so vollkommene, dass die Zellen zerfallen und von dem darunter liegenden, einschnürenden fibröses Netzwerk befreit werden.

Wie oft die Behandlung zu wiederholen ist, das hängt zum grossen Theil von der Dichtigkeit und dem Herde der ergriffenen Fläche ab. Indess dürften wohl, in der Mehrzahl der Fälle, zwei Pinselungen täglich genügen — vorausgesetzt, dass sie gründlich gemacht werden —, um die Gefahr der Ausbreitung zu beseitigen und allmälige Lösung der localen Membranbildung zu bewirken.

LEFFERTS.

93) **A. Lamartine. Beobachtung eines Falles von Diphtherie beim Erwachsenen; plötzliche Asphyxie durch Loslösung einer Pseudomembran. (Observation de diphthérie chez un adulte, asphyxie brusque par décollement d'une fausse membrane.)** *La Loire méd. 15. Oct. 1888.*

Aus der Ueberschrift erhellt, wovon die Rede ist. E. J. MOURE.

94) **Bianco. Ueber Diphtherie. (Sulla difteria.)** Rome 1888.

Nichts Neues. CARDONE.

95) **E. R. Early. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Weekly Med. Review. 29. Sept. 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **W. J. Hunter. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Indiana Med. Journal. October 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS)

97) **J. H. Brown. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. XX. (n. s.) 14.*

Br. glaubt, dass Diphtherie und Croup zwei verschiedene Krankheiten sind. Bei Behandlung der Diphtherie hofft er am meisten vom Eisen, innerlich und local angewendet. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **X. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Lancet. 31. März 1888.*

Ein Leitartikel über Prof. Oertel's Untersuchungen. A. E. GARROD.

99) **Wernicke. Aechter und falscher Croup. (Crup vendadero y falso.)** *Nev-Argentina di Cienc. med. No. 8. Buenos Aires. Sept. 1888.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

100) **W. W. Jones. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Toledo Medical and surgical Reporter. Sept. 1888.*

Verf. hält Croup und Diphtherie für verschiedene Krankheiten. Zur Behandlung des Croups empfiehlt er den Gebrauch von Dower'schen Pulvern uud Calomel. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **J. M. Armstrong. Sind pseudomembranöser Croup und Diphtherie identisch? (Are pseudo-membranous croup and diphtheria identical?)** *Weekly Medical Review. 8. Dec. 1888.*

A. beantwortet diese Frage verneinend. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

102) **J. N. Love. Sind der membranöse Croup und die Diphtherie identisch? Ja. (Are membranous croup and diphtheria identical? Yes.)** *Review St. Louis. 1. Sept. 1888.* *Weekly Medical*

Die Lehren der pathologischen Anatomie ebenso wie die klinischen Symptome lassen keinen anderen Schluss zu. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) **E. L. Detwiler. Membranöser Croup und Diphtherie. (Membranous croup and diphtheria.)** *Virginia Medical Mouthly. Juli 1888.*

D. wurde zu einem Fall gerufen, bei dem die Diagnose auf Croup gestellt

war. Pat. starb, und einige Tage darauf wurden die anderen Kinder von unzweifelhafter Diphtherie befallen. Sie genasen. Die Behandlung war eine stimulirende. D. ist Gegner der Tracheotomie in der Landpraxis.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **Rasà. Diphtheritische Angina oder Croup. (Dell' angina difterica o croup.)** Catanie, typ. Coco. 1888.

Nicht erhältlich. CARDONE.

105) **Martel. Pseudocroup. (Du faux croup.)** *Revue international des sc. méd. No. 4. 30. April 1888.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

106) **Guillemin. Studie über die menschliche Stimme. (Étude sur la voix humaine.)** *Thèse de Lyon. No. 431. 1888.*

Der Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

Die menschliche Stimme ist ein vollständiges Quartett, in dem 4 tönende Körper figuriren, die mehr oder weniger thätigen Antheil an der Stimmbildung nehmen. Das Zusammenarbeiten der vier Mitwirkenden und andererseits ihr Halb-Unabhängigsein von einander schafft die unendliche Mannigfaltigkeit der Klangfarben.

Die 4 Klangkörper sind:

1. Die Luftröhren- und Lungenluft, die der Stimme die grosse Stärke, ein wenig ihre Höhe und sehr wenig von der Farbe verleiht.
2. Die Stimmbänder, die dem Ton die Höhe, ein wenig die Klangfarbe und sehr wenig von der Intensität geben.
3. Die Luft oberhalb der Glottis, die speciell dazu dient, der Stimme ihre eigenthümliche Färbung zu geben, die auch ein wenig zur Stärke, sehr wenig zur Höhe des Tones beiträgt.
4. Die musculären Wandungen der Kehlkopfhöhle. E. J. MOURE.

107) **Moura. Eine neue Theorie über die menschliche Stimme. (Nouvelle théorie de la voix humaine.)** *Arch. de Laryngol. No. 5 u. 6. 1888.*

Der Zustand der Stimmbänder, der diesen gestattet, sich einander zu nähern und sich wieder zu entfernen, aus dem Zustand zweier Lippen in einen prismatischen und einen zungenförmigen, dann in den zweier Seiten überzugehen, lässt den Kehlkopf nicht als ein einfaches Musikinstrument auffassen, sondern als ein Singinstrument, das erklingt mittelst:

1. zweier Lippen, wie das des Hornbläsers.
2. zweier Zungen, wie das Fagott und das Haut-bois.
3. zweier Seiten, wie die Violine, die Harfe. E. J. MOURE.

108) **C. M. Desvernine. Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie der Stimmbänder. (Contribucion al estudio de la anatomia normal y patologia de las bandas vocales.)** *Cron. med. quir. de la Habana. Juni 1888.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

109) **Segond. Tracheotomie bei chronischer ödematöser Laryngitis subglottica. (Trachéotomie pour une laryngite oedémateuse chronique sousglottique.)** *France méd. 19. Jan. 1888.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

110) **N. La Placa** (Neapel). **Die Laryngitis haemorrhagica. (Della laringite emorragica.)** *Arch. Ital. di Laring. Oct. 1888.*

La P. berichtet in seiner Dissertation über 2 Beobachtungen von hämorrhagischer Laryngitis, die er in der laryngologischen Universitätsklinik zu Neapel angestellt hat.

Er glaubt die hämorrhagische Laryngitis definiren zu sollen als „Katarrh mit Hämorrhagien der unverletzten, nicht ulcerirten Kehlkopfschleimhaut“. Er schliesst deshalb alle Fälle von Hämorrhagie des Larynx traumatischen Ursprungs oder infolge destructiver Processe aus.

Nach La P. sind bisher nur 70 Fälle von Laryngitis haemorrhagica bekannt. In der laryngologischen Klinik von Neapel sind im Laufe von 5 Jahren unter 982 Fällen von Laryngitis nur 6 Fälle von L. haemorrhagica gezählt worden.

Hieran schliessen sich noch einige Bemerkungen über die Pathologie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose und die Behandlung. CARDONE.

111) **P. Masucci** (Neapel). **Richtigstellungen, betr. die Arbeit des Hrn. Dr. La Placa über: Laryngitis haemorrhagica. (Rettificazione ad un articolo sulla laringite emorragica del Dott. La Placa.)** *Rassegna critica internaz. delle malattie del naso etc. Oct. 1888.*

M. erklärt, dass er sich betreffs der Definition der hämorrhagischen Laryngitis in Uebereinstimmung mit Dr. La Placa befinde. Er habe diese Meinung schon 1885 manifestirt, was La Placa in seinem im Italienischen Archiv für Laryngologie im October 1888 erschienenen Artikel nicht genau berichte. Wahr ist, dass M. als erster in Italien im Jahre 1885—86 drei Fälle von Laryngitis haemorrhagica berichtet hat, aber seine damals bekundete Anschauung über die Definition der L. haemorrhagica ist nicht so klar ausgedrückt, wie die von Dr. La Placa gegebene. Man muss sagen, dass La P. den Stand der Dinge an der Hand der von Anderen gemachten Beobachtungen über die L. haemorrhagica genau wiedergiebt, und seine Doctordissertation erscheint vollständig und als eine für einen Anfänger lobenswerthe Arbeit. CARDONE.

112) **A. Trifiletti** (Neapel). **Acute Larynxstenose, Tracheotomie, Tod. (Laringostenosi acuta. Tracheotomia. Morte.)** *Arch. Ital. di Laringologia. An. VIII. No. 3. 1888.*

Klinische Betrachtungen über einen Fall von acuter Stenose des Larynx,

die wahrscheinlich durch eine Laryngitis acuta hypoglottica bedingt war. Die Stenose entwickelt sich bei einem kleinen Kinde. Progressiver Shock. Tod.

CARDONE.

113) **W. H. Long. Glottisoedem; Laryngotomie. (Oedema of the glottis, laryngotomy.)** *Rep. Super. Surg. Gen. Marine Hospital pag. 214. Washington 1888.*

Die Zeitschrift ist nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) **Muselli** (Bordeaux). **Spastische Laryngitis, hervorgerufen durch Spulwürmer. (Laryngite spasmodique provoquée par des ascarides lombricoides.)** Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux in: *Journ. de méd. de Bordeaux. 23. Dec. 1888.*

Nichts Neues; der Titel sagt, um was es sich handelt. (Was ist: „Spastische“ Laryngitis? Red.) E. J. MOURE.

115) **J. Eichberg. Erysipel, tödtlich endigend durch Betheiligung des Larynx. (Erysipelas ending fatally from involvement of the larynx.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 17. Nov. 1888.*

Bericht über einen Fall; Erysipel des Larynx selbst als secundäre Complication ist sehr ungewöhnlich. Die Gefahr ist dieselbe, wie bei jeder anderen Erkrankung des Larynx, die eine Schwellung verursacht; nur ist die Gefahr ernster, als beim einfachen Oedem, denn bei diesem kann durch eine Incision Besserung erzielt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS)

116) **P. Masucci** (Neapel). **Betrachtungen über eine günstige Wirkung des Kehlkopferysipels. (Considerazioni interno all' erisipela salutare in laringoiatria.)** *Rassegna critica intern. delle malattie del naso etc. Oct. 1888.*

M. resumirt die Arbeiten von Busch, Schwimmer, Hauck u. A. über die Frage der Heilwirkung des Erysipels bei der Behandlung bösartiger Tumoren des Kehlkopfs. CARDONE.

117) **G. Masini** (Turin). **Chorditis hyperplastica nodularis. (Cordite iperplastica nodulare.)** *Gaz. ospitali. 11. u. 15. Juli 1888.*

Nichts Neues. CARDONE.

118) **G. Masini** (Turin). **Ueber die Behandlung der Laryngitis hyperplastica durch Kratzen, durch punktförmige Aetzungen und durch Milchsäure. (Sulla cura della laringite iperplastica col rashiamento, le causticazioni punteggiate e l'acido lattico.)** *Arch. Internaz. di Laring. ecc. An IV. No. 1—2. 1888.*

Nach einem Vortrag, der auf dem XII. medicinischen Congress zu Pavia gehalten wurde. M. giebt dem Auskratzen den Vorzug wegen der Leichtigkeit und Kürze dieser Behandlungsmethode; die Galvanocaustik stellt er in zweite Linie. CARDONE.

119) **J. B. Marty. Betrachtungen über die Hypertrophie der Taschenbänder in Form von Polypen oder Tumoren. (Quelques considérations sur les hypertrophies des cordes vocales supérieures en forme de polypes ou de tumeurs.)** *Ann. des mal. de l'oreille. Nov. 1888.*

Gelegentlich eines Falles, den er beobachtet hat, macht Verf. Studien über

die polypöse Hypertrophie der Taschenbänder, die sich besonders an chronische Kehlkopfentzündungen anschliesst, und zwar sowohl an einfache, wie an tuberculöse und syphilitische. E. J. MOURE.

120) **J. Solis Cohen** (Philadelphia). **Syphilis des Larynx, der Trachea und der Bronchien. (Syphilis of the Larynx, Trachea and Bronchi.)** *Journ. of Laryngology. Nov. u. Dec. 1888.*

Eine lange und erschöpfende, zum Referiren indessen nicht geeignete Erörterung alles zur Zeit über diese Verhältnisse bekannten (deren Studium im Original dringend empfohlen werden kann. Red.) R. MACKENZIE-JOHNSTON.

121) **Grabower** (Berlin). **Ueber Kehlkopfsyphilis.** *Deutsche Med. Wochenschrift. No. 38. S. 773. 1888.*

Aus der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten stellt Gr. die Beobachtungen von Kehlkopfsyphilis zusammen. Hier verdient aus der mitgetheilten Casuistik folgendes hervorgehoben zu werden: 1. Gr. beschreibt zwei Fälle von Condylom. latis des Kehlkopfs; d. h. graulich-weisse Geschwülste, die in der frühen Periode der Syphilis auftraten und unter antisyphilitischer Behandlung bald verschwanden. Er betont, dass die Kehlkopfschleimhaut Papillen habe. 2. Ein Fall von a) Verwachsung der Gaumenbögen mit der hinteren Larynxwand und b) des Zungengrundes mit derselben, bei einem 15 Jahr alten Mädchen. Letztere wurde gespalten. 3. Drei Fälle von Perichondritis; darunter einer, der nach der Tracheotomie vollständig heilte. B. FRAENKEL.

122) **G. Masini** (Turin). **Behandlung syphilitischer Erscheinungen im Larynx durch intra-musculäre Calomel-Injectionen. (La cura delle manifestazioni gommose del laringe con le iniezioni intramuscolari di calomelano.)** *Gaz. degli Ospitali. 17., 20., 24. Juni 1888.*

M. berichtet über 2 Fälle, die mit günstigem Resultat nach dieser Methode behandelt wurden. CARDONE.

123) **J. D. Boyd. Syphilitische Erkrankung des Larynx. (Syphilitic disease of the larynx.)** *Edinb. Med. Journ. Dec. 1888.*

Beschreibung eines Falles mit Demonstration der Präparate vor der Royal Med. Society. Mc BRIDE.

124) **R. de Luca** (Catania). **Klinische Betrachtung einer seltenen Form von Gumma des Larynx. (Osservazione clinica d'una forme poco commune di gomma laringea.)** Catanie, typ. Galati. 1888.

Frau von 33 Jahren, syphilitisch; seit 8 Jahren kehlkopfleidend; die letzten 26 Monate mit allen Erscheinungen der vorschreitenden Larynxstenose. Tracheotomie. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte in der Glottis eine gummöse Geschwulst von papillärer Form, beweglich.

Einfache allgemeine antisyphilitische Behandlung. Nach 60 Tagen war die Respiration durch die natürlichen Wege normal; nur war das rechte Stimmband, der Sitz des Tumors, verdickt. CARDONE.

125) **S. Marano** (Neapel). **Ein Fall von gummöser Syphilis des Larynx. (Un caso di sifilide gommosa della laringe.)** *Morgagni. Juli 1888.*

M. giebt ein Resumé eines klinischen Vortrages von Prof. Massei gelegentlich eines Falles von fast totaler gummöser Infiltration des Kehlkopfs mit Ulceration der rechten Hälfte. CARDONE.

126) **J. Garel. Specifische Perichondritis, acutes Larynxoedem vortäuschend, in einem Falle von Kehlkopfpolypen. (Périchondrite spécifique simulant un oedème aigu du larynx et coïncidant avec un polype laryngé.)** *Annal. des mal. de l'oreille. Juni 1888.*

Das Oedem sass am linken Aryknorpel und dem Taschenbande derselben Seite. Mehrfache Scarificationen brachten es zum Schwinden und man bemerkte nun an der vorderen Commissur einen Polypen, der entfernt wurde. Da die Schwellung des Larynx und des Halses fortbestanden, wurde eine specifische Behandlung angeordnet. Die Heilung erfolgte unter dieser sehr schnell.

E. J. MOURE.

127) **R. Virchow** (Berlin). **Tuberculöser Larynx.** *Berl. klin. Wochenschr. No 7. S. 135. 1888.*

Demonstration eines tuberculösen Larynx, an welchem ein Ulcus, wahrscheinlich spontan, verheilt war. B. FRAENKEL.

128) **H. Libermann** (Strassburg.) **Die Aetiologie der Lungen- und Kehlkopfschwindsucht und ihre Behandlung in allen Perioden der Krankheit. (De l'étiologie de la phthisie pulmonaire et laryngée et de leur traitement à toutes les periodes de la maladie.)** G. Masson, éditeur. Paris 1888.

Der Autor bezieht die Läsionen bei Tuberculose auf progressive Veränderungen der Nn. vagi, er leugnet die Specifität des Koch'schen Bacillus und basirt seine Behandlung (zu Anfang aufsteigende constante Ströme, später Hydrotherapie etc.) auf diese ätiologische Annahme. E. J. MOURE.

129) **Barclay J. Baron** (Bristol). **Die Bedeutung der Heiserkeit und Aphonie in Fällen von Lungenphthise. (Significance of hoarseness and aphonia in cases of pulmonary phthisis.)** *Bristol med. Chir. Journ. 12. März 1888.*

B. lenkt die Aufmerksamkeit auf die ganz verschiedenen Bedingungen, die bei Phthisis zu Heiserkeit und Aphonie führen können:

1. Der einfache Kehlkopfkatarrh, der besonders zu Aphonie führt; er kann günstig verlaufen, aber er muss sorgsam beobachtet werden, damit er nicht der Beginn einer tuberculösen Erkrankung wird.
2. Anämie des Pharynx und Larynx, ein Zustand, der eine starke Disposition für tuberculöse Infiltration verräth.
3. Lähmung eines Stimmbandes, bedingt durch Schwellung von Bronchialdrüsen oder indurative Processe in den Lungenspitzen mit pleuritischer Schwartenbildung; letzteres Verhältniss beschränkt sich nach B.'s Erfahrungen auf das rechte Stimmband infolge der engen Beziehung der rechten Spitze zu dem entsprechenden N. recurrens.

4. Tuberculöse Laryngitis.
5. Gleichzeitige Syphilis des Kehlkopfs. A. E. GARROD.

130) **Ringk. Zur Kenntniss der Kehlkopftuberculose.** *Deutsche Medicinische Zeitung. X. 25.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

131) **Rénault. Lungentuberculose. Oedem oberhalb der Glottis. (Tuberculose pulmonaire. Oedème sus-glottique.** Soc. anat. Paris. 11. Juni 1888.

Nichts Neues. E. J. MOURE.

132) **C. Abate** (Catania). **Die tuberculöse Larynxphthise. (La tisi laringea tubercolare.)** Catanie, typ. Pastore. 1888.

Eine zusammenstellende Arbeit. — Nichts Neues. CARDONE.

133) **Charazac. Die schwefelhaltigen Medicamente bei Larynx-Tuberculose. (Les sulfureux dans la tuberculose du larynx.)** *Journ. de méd. de Toulouse. No. 6. 1888.*

C. wendet sich von neuem gegen den Schwefel bei Tuberculose des Stimmorgans; er wiederholt seine Argumente, die der Berichterstatter bereits genannt hat und bringt neue Thatsachen zur Unterstützung seiner Anschauung bei.

E. J. MOURE.

134) **W. Oltuszewski** (Warschau). **Ein Beitrag zur Wirkung der Milchsäure bei Tuberculose des Kehlkopfs.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 8, S. 146. 1888.*

9 Fälle, die mit Einreibungen von Milchsäurelösungen und theilweise mit dem Curettement behandelt wurden. Von ihnen heilten 6 aus, einer besserte sich und einer zeigte ein negatives Resultat. O. beobachtete, dass die Milchsäure auch ohne Cocain gut vertragen wurde und nur geringen und kurze Zeit dauernden, zuweilen gar keinen Schmerz hervorrief. B. FRAENKEL.

135) **Espina y Capo** (Madrid). **Therapie der Complicationen der Tuberculose des Kehlkopfs und der Lunge. (Tratamiento de las complicaziones de la tuberculosis laringo-pulmonar.)** *Revista de med. y cir. práct. Juli-Dec. 1888.*

Verf. hat seine Stellung als Arzt des Madrider Allgemeinen Krankenhauses dazu benutzt, privatdocentliche Vorträge über obigen Gegenstand zu halten, in denen er mit vielem Geschick den gegenwärtigen Stand unseres Wissens darlegt und in Bezug auf den Kehlkopf ganz besonders vor unnöthiger localer Behandlung warnt. SENTINON.

136) **J. O. Stockton. Papillome unterhalb der Glottis. (Subglottic papillomata.)** *Atlanta Medical and Surgical Journ. Dec, 1888.*

Geschwulstbildungen in dieser Gegend sind selten. Verf. berichtet über 2 Fälle, die mit der Zange operirt wurden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

137) J. Sommerbrodt (Breslau). **28jährige Heiserkeit. — 5jährige Athemnoth. — Multiple Papillome. — Laryngofissur. — Volle Heilung.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 42, S. 842. 1888.*

Der Titel giebt den Inhalt wieder. Die Pat. war zur Zeit der Operation 42 Jahre alt. B. FRAENKEL.

138) G. Ferreri (Rom). **Betrachtungen über Blutgeschwülste des Larynx. (Considerazioni sui tumori sanguigni del laringe.)** *Lo Sperimentale. Dec. 1888.*

F. bemerkt, dass die Laryngologen im Allgemeinen den Nachblutungen nach Kehlkopfoperationen keine Wichtigkeit beilegen, selbst nicht nach Abtragung von Blutgeschwülsten und berichtet dann über einen sehr wichtigen Fall, den er selbst beobachtet hat.

Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, der unter dem linken Stimmbande einen etwa haselnussgrossen, blassrothen, elastischen, nicht blutenden Tumor hatte. Behufs mikroscopischer Untersuchung zerquetschte F. mittelst der Fauvel'schen Zange die Geschwulst um ein Stück davon herauszubringen. Nach dieser ersten Operation zeigt der Tumor eine beträchtliche Volumensverringerung, doch wenige Stunden nachher wird der Patient von einer äusserst heftigen Kehlkopfblutung befallen. Mit Hülfe des Kehlkopfspiegels sieht man, dass das Blut vom Grunde der Geschwulst stammt. Pinselung mit Eisenchlorid bleibt resultatlos; es wird die Tracheotomie und darauf der Kehlkopfschnitt mit folgender Tamponade ausgeführt. 48 Stunden später stirbt der Pat. an infectiöser Pneumonie. Bei der Autopsie ergiebt die Untersuchung des Kehlkopfs nur eine Verletzung des Tumors, keine Verletzung wichtiger Gefässe. Die mikroscopische Untersuchung der Geschwulst lässt ihre Natur erkennen: es handelte sich um ein telangiectatisches Myxo-Fibrom.

F. bemerkt hierzu, dass die einfache Exstirpation eines Stückes der Geschwulst dem Pat. das Leben kostete; er leitet daraus die Regel ab, in Fällen von deutlichen Blutgeschwülsten die Laryngofissur vorzunehmen und nicht nach der gewöhnlichen Methode der Exstirpation durch die natürlichen Wege zu handeln. CARDONE.

139) V. Grazzi (Florenz). **Drei Fälle von Exstirpation von Tumoren unterhalb der Glottis und in der Trachea auf laryngoskopischem Wege. (Tre casi di tumori sottoglottici etc.)** *Raccoglitore Medico. Serie V. Vol. IV. No. 16.*

Es handelte sich um gutartige Geschwülste (Polypen); der Titel sagt alles. CARDONE.

140) V. Grazzi (Florenz). **Nützliche Modification der Zange zur Exstirpation von Kehlkopftumoren. (Utile modificazione alle pinzette da tumori laringei.)** *Bollet. delle Malat. della Gola. 1. Sept. 1888.*

G. giebt eine Modification der Röhrenzange zur Entfernung von Geschwülsten und Fremdkörpern aus dem Kehlkopfe an. Dieselbe besteht darin, dass man durch einen geänderten Mechanismus die Drehbewegung des Stieles vermeidet, welche bisher nöthig war, um die Beziehungen der Branchen zur Stützröhre zu ändern.

Der Gebrauch der Zange mit dieser Modification ist leichter, das Zerbrechen des Instrumentes erschwerter. F. CARDONE.

141) **Clarence C. Rice. Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten mit der O'Dwyer-schen Schlinge im Verein mit der Intubation des Larynx. (Removal of laryngeal growths with O'Dwyer's snare in conjunction with intubation of the larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 11. Febr. 1888.*

Verf. berichtet besonders über Fälle von Kindern, bei denen eine sichere Diagnose mit grossen Schwierigkeiten verknüpft ist. Zuerst pinselt er den Rachen mit Cocain und dann gab er, wo es nöthig, Chloroform. O'Dwyer's Schlinge war in den Händen des Arztes geeigneter und weniger gefahrvoll, als die gewöhnliche Drahtschlinge oder die Zange. LEFFERTS.

142) **Castex. Die Diagnose des Kehlkopfkrebses. (Diagnostic du cancer du larynx.)** *Bulletin méd. 22. Juli 1888.*

Sitzungsbericht der Anatomischen Gesellschaft vom 13. Juli 1888; C. demonstrirt derselben einen tuberculösen Kehlkopf, der für carcinomatös gehalten worden war. E. J. MOURE.

143) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Maligne Erkrankungen der oberen Luftwege. (Malignant disease of the upper air passages.)** *Journ. of Laryngology. Aug. u. Dec. 1888.*

A. giebt in seiner Schrift einen Ueberblick über den gegenwärtige Stand des Wissens von den malignen Erkrankungen des Larynx, der Trachea und der Schilddrüse.

Er lenkt die Aufmerksamkeit auf das seltene Vorkommen von Sarcom des Kehlkopfes und die Häufigkeit von Epitheliom. Darauf erörtert er die Seltenheit secundärer Geschwulstbildung an anderen Theilen bei bestehendem Kehlkopfkrebs; er führt Beispiele an von Fällen, in welchen sich diese doch fand und geht dann zur Vertheilung der Krankheit innerhalb des Larynx und zu der behaupteten grösseren Disposition der linken Seite über.

Im folgenden Abschnitt bespricht Verf. den Einfluss des Alters, ferner die Fälle, in denen die maligne Degeneration aus vorher benignen Tumoren hervorgegangen zu sein scheint.

Die mit der Erkrankung des Kehlkopfes verbundene Affection der Kiefer bildet den nächsten Gegenstand der Erörterung, ferner die Drucksymptome, die durch sie verursacht werden, und die Schwierigkeit, die vergrösserten Drüsen an manchen Stellen während des Lebens zu entdecken.

Das nicht seltene Vorkommen von Perichondritis bei Kehlkopfkrebs wird erwähnt, ebenso das gelegentliche Zusammentreffen syphilitischer und tuberculöser mit maligner Erkrankung.

M. weist darauf hin, dass der Krebs der Schilddrüse die Neigung hat, zur Infiltration der benachbarten Theile und zur Bildung secundärer Knoten zu führen. — Schliesslich werden noch die malignen Cysten des Halses besprochen.

A. E. GARROD.

144) **Charles H. Knight. Der Kehlkopfkrebs. (Cancer of the larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 2. Juni 1888.*

Es werden 3 Fragen erörtert: 1. Kann eine maligne Erkrankung durch Umbildung einer benignen Geschwulst in Folge eines operativen Eingriffs entstehen? 2. Wie soll man die Diagnose stellen? 3. Welches ist die richtige Behandlung?

In Beantwortung der ersten Frage wird vom Autor eine sorgfältige Uebersicht über die veröffentlichten einschlägigen Facta und Meinungen gegeben und daraus als Wahrheit abstrahirt, dass, obgleich manche dies Verhältniss ilustrirende Fälle genauer beschrieben oder angedeutet worden sind und obgleich manche Autoren Feststellungen allgemeiner Natur gemacht haben, zu zeigen, dass diese maligne Umbildung stattfinden könne, doch der wirkliche Beweis, dass eine solche Umbildung je stattgefunden hat, auf sehr schwachen Füssen steht. Wir sind deshalb nicht überrascht, wenn der Autor zu dem Schlusse gelangt, dass ein Trauma allein nicht im Stande ist, die Malignität zu verursachen, sondern dass noch andere Elemente, so ein constitutioneller Fehler oder Prädisposition nothwendig sind. Authentische Beispiele von maligner Umwandlung einer benignen Geschwulst des Kehlkopfes liegen nur so wenige vor, dass wir keinen vernünftigen Grund ersehen, eine specielle Neigung zu solcher Umbildung zu statuiren oder uns in geeigneten Fällen eines intralaryngealen Eingriffs zu enthalten.

Was die Diagnose betrifft, so darf das grobe Aussehen einer krankhaften Stelle nicht ihren Charakter entscheiden. Es giebt 2 Zeichen von Malignität einer Kehlkopfkrankheit, die weniger Würdigung erfahren haben als sie verdienen. Das erste ist das Vorhandensein von Schmerzen, die sich vom Larynx nach dem Ohr der erkrankten Seite hin ziehen. Das andere Symptom wird durch das Laryngoscop offenbart, es ist die geringere Beweglichkeit des Stimmbandes an der erkrankten Seite des Kehlkopfes; die Action der Kehlkopfmuskeln wird durch die für maligne Erkrankung charakteristische Infiltration beeinträchtigt. Diese Symptome sind nicht constant.

Als Hülfsmittel für die Diagnose besitzt am meisten Werth das Mikroscop; denn wenn auch das Vorhandensein eines specifischen Krebsbacillus noch nicht genügend erwiesen ist, so ist doch das mikroscopische Aussehen der erkrankten Gewebe gewöhnlich charakteristisch.

Vielleicht der interessanteste Theil der ganzen Abhandlung ist der, welcher die Therapie behandelt. Dr. Knight ist für die Ausführung der Tracheotomie, wenn dies Vorgehen durch die mannigfachen Zufälle, die einen Verschluss des Kehlkopfes und Dyspnoe herbeiführen können, gefordert wird. Er hält dafür mit vielen unserer hervorragendsten lebenden Autoritäten, dass die Operation der Laryngectomie keinen Erfolg bedeutet, und dass, während sich gegen die partielle oder halbseitige Entfernung des Kehlkopfs in dafür geeigneten Fällen nichts einwenden lässt, die vollständige Laryngectomie in Anbetracht der vorhandenen Methoden und ihrer Resultate ein ungerechtfertigtes Vorgehen ist.

LEFFERTS.

145) **A. Ruault. Intralaryngeales Epitheliom; Tracheotomie als vorbereitende Operation vor der Thyreotomie oder der Laryngotomie ausgeführt; acute Pneumonie; Tod. (Epithelioma intra-laryngé; Trachéotomie faite comme opération préliminaire avant la thyrotomie ou la laryngotomie; Pneumonie aigue; mort.)** *Arch. de laryngol 15. Juni 1888.*

Der Tumor von der Grösse einer halben Haselnuss ging vom rechten Stimmband aus und war ulcerirt. Während der Operation drang etwas Blut in die Bronchien; zwei Tage nachher starb der Kranke; die Untersuchung des Larynx bestätigte die Diagnose. E. J. MOURE.

146) **Rich. Kayser. Ein Fall von Larynxcarcinom. Exstirpation der erkrankten Kehlkopfhälfte. Tod.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 45, S. 925. 1888.*

Der Fall betrifft den Bruder des Verf.'s,. den 35 Jahre alten Abgeordneten Kayser. Nach unklaren Erscheinungen am rechten Stimmbande, die jedoch schon früh eine Beschränkung der Aussenbewegung herbeiführten, bildete sich ein Tumor aus, der die Tracheotomie nothwendig machte. Der Tumor blieb trotz Inunctionen und Jodkalium bestehen. Aus entnommenen Stücken wurde die Diagnose einer malignen Neubildung gestellt, doch konnte zwischen Sarcom und Carcinom nicht unterschieden werden. Halbseitige Exstirpation. Tod 10 Tage nachher an Adynamie. Der Patient hatte schon vor der Operation Herzschwäche gezeigt. Keine Section. Die Untersuchung der exstirpirten Kehlkopfhälfte ergab einen umfänglichen Scirrhus. B. FRAENKEL.

147) **H. Lavrand. Eine besondere Ursache der Dyspnoe in einem Falle von subglottischem Epitheliom. (D'une cause particulière de dyspnée dans un cas d'épithélioma sous-glottique.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. 23. Nov. 1888.*

Die Dyspnoe war bedingt von einer ödematösen Schwellung der ary-epiglottischen Falten, der Schleimhaut der Aryknorpel und Taschenbänder; die Schwellung schien keine Folge der Geschwulst zu sein, da beide durch die völlig gesunden Stimmbänder getrennt waren. E. J. MOURE.

148) **A. Gouguenheim und P. Gaston. Kehlkopfkrebs. Tracheotomie. Weiterverbreitung auf die Schilddrüse. Enorme Geschwulst am Halse um die Wunde. Anwendung einer sehr langen Canüle, die an der unteren Hälfte beweglich ist. Tod. Autopsie. (Cancer du larynx. Tracheotomie. Propagation à la glande thyroide. Tumeur énorme du cou autour de la plaie. Application d'une canule très longue et à moitié inférieure mobile. Mort. Autopsie.)** *Annal. des mal. ae l'oreille. Dec. 1888.*

Die Ueberschrift zeigt hinreichend die Phasen der Krankheit. Wir machen aufmerksam auf die frühzeitige Stenose des Larynx, zu einer Zeit, wo der Tumor noch sehr klein war; ferner auf die Verminderung der Ulceration unter dem Einflusse der Milchsäure; auf die Abwesenheit von Läsionen der Epiglottis und der Regio arytaenoidea, das Fortschreiten des Krebses auf dem Magen ohne Betheiligung des Oesophagus und darauf, dass das Leben die Application der eigenthümlichen Canüle 3 Monate überdauerte. E. J. MOURE.

149) **Omboni. Exstirpation des Kehlkopfes und des ersten Ringes der Luftröhre etc. (Exstirpation du larynx et du premier anneau de la trachée etc.)** *Annal. univers. de méd. et de chir. 4. Oct. 1888.*

Nicht zu beschaffen. E. J. MOURE.

150) **Jelenffy** (Pest). **Laryngoscopie in der Gegenwart.** *Gyógydszat. No. 28. 1888.*

Es werden nur einige neue Arbeiten erwähnt und die Krankheit Kaiser Friedrich's besprochen. Verf. stellt die in den Zeitungen beschriebenen Symptome zusammen und folgert daraus, dass nicht Carcinom, sondern ein Fremdkörper, der schon einige Zeit im Sinus Morgagni steckte, die Ursache der Krankheit sein mag und in diesem Falle zur Perichondritis und Necrose führte. Er giebt sich der Hoffnung hin, dass der Fremdkörper ausgestossen wird und Heilung erfolgen werde, wie Verf. dies schon bei einem anderen Falle verfolgen konnte. Natürlich macht Verf., nachdem er nicht selbst untersuchte, darauf aufmerksam, dass er sich täuschen kann. BAUMGARTEN-CHIARI.

151) **Picheons** (Paris). **Die Krankheit Friedrich III. (La maladie de Fréderic III.)** *Gaz. des hôpit. 13. Nov. 1888.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

152) **X. Die Krankheit des Deutschen Kaisers. (La maladie de l'empereur d'Allemagne.)** *Journ. de Méd. et de Chir. Prat. Sept. 1888.*

Es handelt sich um eine kurze Auseinandersetzung der Krankheit des Kronprinzen und der Behandlung, die ihm zu Theil wurde. Nach der Meinung des Autors lässt der Gang der Erkrankung, die mikroscopische Untersuchung der Geschwulst und das Resultat der Autopsie einen Zweifel an der deutlich echt krebsigen Natur der Neubildung zu. (Sic! Red.) E. J. MOURE.

153) **B. Martino** (Neapel). **Die Narbenverengerungen des Kehlkopfes und der Luftröhre und ihre Behandlung. (I restringimenti cicatriziali della laringe e della trachea e loro trattamento.)** *Gli Incurabili. 1. u. 15. Oct. 1888.*

Eine Complication der bekannten Verhältnisse; nichts Neues. CARDONE.

154) **Schüller** (Berlin). **Zur Behandlung der narbigen Larynxstenosen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 14, S. 280. 1888.*

Berichtigung Lemoke's in Bezug auf ein Citat desselben aus dem Schüller'schen Buche: Die Tracheotomie etc. B. FRAENKEL.

155) **X. Intubation in 5 Fällen von chronischer Larynxstenose. (Tubage dans cinq cas de laryngosténose chronique.)** *Paris méd. 17. Nov. 1888.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

156) **Dumoret. Multiple Fracturen des Kehlkopfknorpel und des Zungenbeins beim Selbstmord durch Erhängen. (Fractures multiples des cartilages du larynx et de l'os hyoide dues à la pendaison par suicide.)** Société anatomique. Juli 1888.

Bei der Autopsie wird constatirt: Losreissung des vorderen Endes des

rechten grossen Hornes des Zungenbeins; dasselbe war von dem mittleren Theile völlig losgetrennt. Das grosse Horn der linken Seite war in Verbindung mit dem Zungenbeinkörper geblieben, allein es zeigte an der Vereinigungsstelle der zwei hinteren mit dem vorderen Drittel. Spuren einer schrägen Fractur, eine Art Absplitterung. Ferner transversale Fractur der Cartilago thyroidea. Multiple Fractur der Cartilago cricoidea; drei kleinere Bruchstücke fanden sich hineingedrängt in das Kehlkopfinnere. E. J. MOURE.

157) **E. Boccomini** (Mailand). **Laryngotomie, ausgeführt im grossen Hospital von Mailand. (Laringotomia eseguita nell' ospedale maggiore di Milan.)** *Gazz. med. Lombarda. No. 44. Nov. 1888.*

Die Operation wurde von Dr. E. Boccomini am 25. October 1888 ausgeführt. Es handelt sich um den 54jährigen Bauer Z. G., der eine Neubildung im Kehlkopfe mit schwerer Larynxstenose hatte. Die Operation dauerte 65 Minuten. An Stelle der gewöhnlichen Trachealcanüle aus Kautschuk gebrauchte B. eine andere aus Celluloid, von grossem Durchmesser, damit sie sich völlig der Trachea anlegte und so den Eintritt von Blut durch die Canüle im Momente der Loslösung des Larynx nach der Chloroformirung verhinderte. B. legte den Kehlkopf mit einem einzigen medianen Schnitt blos und trennte ihn dann von den benachbarten Geweben mittelst stumpfer Instrumente. Anlegung einiger Ligaturen — Totalexstirpation des Larynx — Jodoformverband.

Der Operirte war nach 6 Tagen fieberfrei, sein Zustand befriedigend. Wie es ihm jetzt ergeht, ist nicht gesagt. CARDONE.

## f. Schilddrüse.

158) **Frank** (Berlin). **Bericht über die im Krankenhaus Friedrichshain auf der Abtheilung von E. Hahn vom Jahre 1883—1887 ausgeführten Kropfoperationen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 41, S. 832, und No. 42, S. 845. 1888.*

Im Ganzen 19 Fälle, 9 totale Exstirpationen, 7 halbseitige nach Kocher, 3 innerhalb der Kapsel nach J. Wolff und Socin-Sarré. Von den Operirten starben 4 in Folge der Operation, nämlich 1 intracapsulär und 3 total exstirpirte. Die Operationsmethoden werden genau beschrieben und die Krankengeschichten mitgetheilt, auch eine vom Verf. erfundene Aneurysmennadel beschrieben, die zur Unterbindung dient. B. FRAENKEL.

159) **X. Die Elektricität zur Frühdiagnose der Basedow'schen Krankheit. (Electricity in the early diagnosis of exophthalmic goitre.)** Leitartikel des *N. Y. Med. Journ. 21. Jan. 1888.*

Es ist noch nicht lange her, dass Charcot in einem klinischen Vortrage die Aufmerksamkeit auf die Thatsache lenkte, dass der electrische Leitungswiderstand des Körpers bei dieser Krankheit beträchtlich abgeschwächt ist. „In jedem Falle der Krankheit, den Vigouroux daraufhin untersucht hat", sagt Charcot, „traf dies Verhalten zu, und er fand dies bei gewissen Herzaffectionen, speciell

bei der Asystolie. Um die Genauigkeit und den Werth dieser Angaben zu prüfen, untersuchte Dr. Wolfenden eine Anzahl gesunder Personen und er fand, dass die körperliche Resistenz im Durchschnitt 4000—5000 Ohm betrug. In 8 Fällen dagegen von deutlich ausgesprochenem Morb. Basedowii betrug sie nur zwischen 500 und 700 Ohm und in 12 anderen Fällen, die untrügliche Frühsymptome dieser Krankheit aufweisen, belief sie sich auf 1000—1300 Ohm. Infolgedessen misst er diesem Symptome grossen Werth bei und denkt der Bemerkung Charcot's, dass Fälle, in denen die Krankheit noch wenig entwickelt ist, der Diagnose manchmal grosse Schwierigkeiten bereiten würden, hätten wir nicht in der Palpitation, dem Tremor und der Schwächung der electrischen Widerstandskraft Hinweise auf die wahre Natur des Leidens. Nachdrücklich hebt Wolfenden hervor, dass die electrische Resistenz beim gewöhnlichen Kropf nicht geringer ist, er fand sie nie unter 5000 Ohm, in einem Falle von maligner Erkrankung war sie 5000 Ohm gross. Er giebt die Resultate seiner Untersuchungen bei Hemiplegischen, Epileptischen, bei Gehirnerweichung, Paraplegie, allgemeiner Paralyse und Hysteroepilepsie. In all diesen Fällen, mit Ausnahme eines Falles von allgemeiner Paralyse, war die Widerstandskraft verringert, am entschiedensten bei Epilepsie und Hemiplegie, bis zu dem geringen Maasse von 1300 Ohm in einem Falle.

Die Erklärung für diese abgeschwächte electrische Widerstandskraft des Körpers bei Basedow'scher Krankheit ist nicht ganz klar; Wolfenden vermuthet, dass sie im Zusammenhange steht mit der Dilatation der Hautcapillaren, welche er erhält, wenn er die Haut mit Flüssigkeit sättigt und so die Dicke der schlecht leitenden Epidermis auf das Minimum reducirt. Wie Silva, bemerkt auch er ein Steigen der electrischen Resistenz bei Besserung des Patienten durch die eingeschlagene Behandlung.

Wenn die von den verschiedenen Beobachtern erwähnten Thatsachen sich als constant erweisen sollten, so fügt die electrische Untersuchung zu den mancherlei Untersuchungsmitteln, welche sie den Klinikern geliefert hat, augenscheinlich ein neues hinzu. LEFFERTS.

160) **Kahler** (Wien). **Ueber den Leitungswiderstand der Haut bei Morbus Basedowii.** *Prager Zeitschr. f. Heilk. Heft IV. pag. 365, Heft V. pag. 409. 1888.*

Diese mit grosser Sachkenntniss und kritischem Geiste durchgeführte experimentelle Arbeit weist nach, dass die abnorm leichte Herabsetzbarkeit des galvanischen Leitungswiderstandes der Haut auf einer besonderen Beschaffenheit derselben beruht. Es kommt nämlich bei Personen, die an Morbus Basedowii leiden, häufig eine grosse Neigung zum Schwitzen vor und dadurch eine bedeutende Durchfeuchtung der Haut, selbst wenn keine grob wahrnehmbare Schweissbildung zu bemerken ist. Auf Details der Arbeit und auf die Controlversuche sei hier nur verwiesen. CHIARI.

161) **Kahler** (Wien). **Ueber die Erweiterung des Symptomencomplexes der Basedow'schen Krankheit.** *Prager med. Wochenschr. No. 30 u. 32. 1888.*

In einem Vortrage bespricht K. nebst den anderen Symptomen besonders die Störungen der Motilität und das eigenthümliche Verhalten des electrischen

Leitungswiderstandes der Haut. K. hebt zunächst das Vorkommen von Lähmungen und Contracturen hervor; in einem Falle waren dieselben als hysterische Paraplegie und Contractur an den unteren Gliedmaassen bemerkbar. Ferner beobachtete er mehrere Fälle von vibrirendem und choreatischem Zittern der oberen Extremitäten. Bezüglich des zweiten Punktes bespricht er die auffallend leichte Herabsetzbarkeit des electrischen Leitungswiderstandes der Haut. Er konnte dieselbe in 6 Fällen nachweisen, wenn auch nicht immer dauernd. Ueber Details dieser unserer Specialität sehr fernstehenden Erscheinungen muss auf das Original verwiesen werden. CHIARI.

162) **A. Huber** (Zürich). **Zur Symptomatologie des Morbus Basedowii.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 36. 1888.*

Fall von Basedow, der eingeleitet wurde von Tremor, sowie von Atrophie und Schwäche im linken Arm, mit ausführlicher und interessanter Besprechung letzterer Complicationen resp. Symptome der Basedow'schen Krankheit.
B. FRAENKEL.

163) **Souza-Leite. Bericht über einen Fall von Morbus Basedowii; deutliche Besserung unter dem Einfluss der Schwangerschaft. (Note sur un cas de maladie de Graves — amélioration remarquable sous l'influence de la grossesse.)** *Progrés méd. 1. Sept. 1888.*

Die Ueberschrift giebt den Inhalt zur Genüge wieder. E. J. MOURE.

164) **P. Millard. „Oedeme bei Basedow'scher Krankheit. (Des oedèmes dans la maladie de Basedow.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Oedem des Unterhautzellgewebes findet sich bei Morbus Basedowii ziemlich häufig. Es kann allgemein auftreten, aber auch localisirt im Gesicht, am Halse u. s. w. und zeigt sich manchmal ohne jede Läsion der Gefässe unter dem Einfluss verschiedener Ursachen (vasomotorische Innervationsstörungen, Anämie, beständige oder vorübergehende Dilatation des Herzens etc.), die man jedesmal bestimmen muss. E. J. MOURE.

165) **F. W. Burton** (Cambridge). **Hautaffection bei Basedow'scher Krankheit. Cutaneous affections in Graves disease.)** Sitzung der Cambridge Medical Society. *Brit. Med. Journ. Oct. 1888.*

B. beschreibt in seinem Vortrage Fälle, in denen einige Symptome Basedow'scher Krankheit, einschliesslich der Pigmentation, vorhanden waren, und andere, bei denen Erytheme und Urticaria-Eruption vorlagen. A. E. GARROD.

166) **R. Bower. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 13. Oct. 1888.*

B. rühmt in seiner Arbeit Strophanthus als ein ausserordentliches Heilmittel, aber er betont, dass er sich nicht ausschliesslich auf dieses verlässt, da dessen Wirkung bis zu einem gewissen Grade abhängig sei von der allgemeinen hygienischen Behandlung, die er für sehr nothwendig erachtet. LEFFERTS.

167) **Hopmann** (Cöln). **Heilung eines Morbus Basedowii durch Besserung eines Nasenleidens.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 42. S. 850. 1888.*

H. macht mit Recht auf einen vielfach, auch vom Referenten übersehenen

Fall von incompletem Morbus Basedowii (Tachycardie und Exophthalmus) aufmerksam, der sich nach Ausrottung von Nasenpolypen rasch besserte und den er bereits auf der Naturforscher-Versammlung in Strassburg erwähnte und 1885 dem ärztlichen Verein in Cöln vorstellte. Es ist also die erste Beobachtung von Heilung eines Basedow von der Nase aus. Wie H. hervorhebt, fand sich in der Nase der betreffenden, 40 Jahre alten Frau eine ausgesprochene atrophische Form der Rhinitis neben dem Polypen, so dass die Beobachtung gleichzeitig für das Vorkommen von Reflexneurosen bei dieser Form der Rhinitis verwerthet werden kann.
B. FRAENKEL.

168) **B. Fränkel** (Berlin). **Ein Fall von Morbus Basedowii.** Berl. med. Gesellschaft. 18. Jan. 1888.

Bei einem 16jährigen Patienten mit den Erscheinungen des Morbus Basedowii (ausgenommen Exophthalmus) wurde wegen Nasenstenose erst eine Cauterisation der linken unteren Muschel, nach 3 Wochen der rechten unteren Muschel vorgenommen. Wenige Tage nach der Anwendung der Galvanocaustik trat eine rapide Abschwellung der Struma der betreffenden Körperhälfte ein und die Pulsfrequenz ging auf die Norm zurück.
SEIFERT.

169) **Kurella. Morbus Basedowii und Bronzed skin.** *Centralbl. f. Nervenheilk. XI. 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich.
SEIFERT.

170) **Jaccoud. Kropf mit Exophthalmus. (Goitre exophthalmique.)** Klinischer Vortrag. *Journ. de Méd. et de Chir. Prat. Sept. 1888.*

Verf. bespricht die gewöhnlichen und die selteneren Symptome dieser Krankheit. Er weist auf die möglichen Complicationen hin und betont die Wichtigkeit der Gelbsucht im Verlaufe der Erkrankung.
E. J. MOURE.

171) **Verdier. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement du goitre exophthalmique.)** *Le Bulletin Médical. 18. Nov. 1888.*

Der Autor bespricht den Fall eines Kranken, der die Symptome der Basedow'schen Krankheit und zugleich die der Lungentuberculose darbot; derselbe befand sich unter einer sehr bromreichen Medication bedeutend besser.
E. J. MOURE.

172) **Arthur Davies** (London). **Hämorrhagische Tendenz beim Myxoedem. (The hamorrhagic tendency in myxoedema.)** *Lancet. 14. Jan. 1888.*

Bericht über 3 Fälle; in einem folgte die Hämorrhagie auf die Extraction loser Zähne; in den beiden anderen wurde Menorrhagie beobachtet.
A. E. GARROD.

173) **G. Laycock Routh** (Banbury). **Haemorrhagie als eine Begleiterscheinung des Myxoedems. (Haemorrhage as a symptom attending myxoedema.)** *Lancet. 4. Febr. 1888.*

In diesem Falle trat eine Hämoptysis ein.
A. E. GARROD.

174) **Andrew Watt. Ein Fall von Myxoedem. (A case of Myxoedema.)** *N. Y. Medical Record. 28. Jan. 1888.*

Bericht über einen typischen Fall. — Nichts Neues.
LEFFERTS.

175) **Robert Kirk** (Glasgow). **Fall von tetanischem Krampf bei einer cretinoiden Frau während der Lactation. (Case of tetanic spasm during lactation in a cretinoid woman.)** *Lancet. 16. Juni 1888.*

Ein interessanter Fall von Myxödem mit ungewöhnlichen Symptomen, der die hämorrhagische Tendenz der Krankheit anschaulich illustrirt. A. E. GARROD.

## g. Oesophagus.

176) **E. de Renzi** (Neapel). **Oesophaguskrampf. (Spasmo del' esofago.)** *Rivista Clinica de l'Università de Naples. Nov. 1888.*

Gelegentlich eines Falles von hysterischem Oesophagismus, geheilt durch Hypnotismus hält De R. eine Vorlesung über den Oesophaguskrampf im allgemeinen. CARDONE.

177) **W. Hailes. Oesophagotomie. (Oesophagotomy.)** *Albany medial Annals. Oct. 1888.*

Die Pat., eine Frau, hatte eine Shawlnadel von $2^1/_2$ Zoll mit einem starken Glaskopf im Mund; beim Lachen gelangte dieselbe, mit dem Kopf voran, in den Pharynx, und bei ihren Anstrengungen, sie herauszuziehen, stiess sie die Pat. weiter herab. Alle Versuche, sie zu entfernen, waren vergeblich; man öffnete den Oesophagus, aber fand die Nadel nicht. Die Wunde heilte gut, und 2 Tage später hustete die Pat. die Nadel aus dem Larynx, in dem sie so lange gelegen hatte, heraus. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

178) **C. M. Desvernine. Aeusserer Speiseröhrenschnitt wegen eines Fremdkörpers. (Cuerpo extrano del esofagotomia externa.)** *Crónica med. guir. de la Habana. Mai 1888.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

179) **Sota y Lastra** (Sevilla). **Zwei Fälle von Speiseröhrenschnitt behufs Entfernung von Fremdkörpern. (Dos casos de esofagotomia para la extrazión de cuerpos extrannos.)** *Revista méd. de Sevilla. 15. Jan. 1888.*

In beiden Fällen handelte es sich um beim Essen verschluckte Knochen und zwar im 1. Falle von einer 36jährigen Frau, die 8 Tage nach dem Vorfall zum Verf. kam, welcher wegen der Unmöglichkeit, den in der Entfernung von 19 cm vom Zahnbogen festgeklemmten spitzigen umfangreichen Knochen vorwärts oder rückwärts zu bewegen, den Speiseröhrenschnitt machte, wobei er eine Sonde einführen musste, da die Speiseröhre an der Stelle des Einschnitts durch ein mandelgrosses und -förmiges Ganglion verdeckt war. Am 10. Tage nach der Operation Blutung aus der Wunde; am 19. steht die Frau auf und 20 Tage nachher fängt sie zu essen an. — Der zweite Fall betraf einen 40jährigen Mann, der erst einen Monat nach dem Verschlucken zum Verf. kam, der das Hinderniss bei 22 cm vom Zahnbogen fand und es durch Oesophagotomie beseitigte; in 20 Tagen vollständige Heilung. SENTINON.

180) **Audry. Ueber die Verengerungen des Oesophagus durch Muskelhypertrophie. (Sur les rétrécissements de l'oesophage par l'hypertrophie musculaire.)** *Bulletin méd. No. 27. 1888.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

181) **Dumoret. Undurchgängige Stenose des Oesophagus, Gastrotomie, Tod. (Rétrécissement infranchissable de l'oesophage, Gastrotomie, mort.)** Soc. anat. de Paris. 2. Juli 1888.

D. legt die betr. Präparate der Gesellschaft vor. E. J. MOURE.

182) **Auffret** (Brest). **Gastrotomie wegen narbiger Strictur des Oesophagus. (Gastrotomie pour un rétrécissement cicatriciel de l'oesophage.)** Soc. de chirurg. in: *Progrès médical. 25. Dec. 1888.*

Nichts Neues; der Titel zeigt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

183) **Schwartz. Behandlung der Verengerungen des Oesophagus. (Du traitement des rétrécissements de l'oesophage.)** *La semaine médicale. 29. Aug. 1888.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die in den verschiedenen Fällen anwendbaren Behandlungsmethoden: langsame Dilatation, Oesophagotomia interna und externa, Gastrostomie. Schwartz führte die Gastrotomie bei einem Fall an, wo die Stenose durchgängig, aber nicht zu erweitern war. Der Kranke starb 14 Tage nach der Operation. E. J. MOURE.

184) **Riechaud. Ein Fall von Verengerung des Oesophagus. (Un cas de rétrécissement de l'oesophage.)** *Gaz. hebd. des scienc. méd. 10. Oct. 1888.*

Klinische Vorlesung; enthält nichts Neues. E. J. MOURE.

185) **James Murphy** (Sunderland). **Ein Fall von Gastrostomie mit Vorstellung des Patienten 11 Monate nach der Operation. Geschichte derselben. Tod am 403. Tag. (A case of gastrostomy with exhibition of the patient eleven months after the operation; subsequent history. Death on 403. day.)** *Brit. Med. Journ. 27. Oct. 1888.*

Der Titel erklärt den Inhalt. Patientin, eine Frau von 47 Jahren, litt an Carcinom des Oesophagus. A. E. GARROD.

186) **Gall** (Turin). **Klinisch-experimenteller Vortrag zur Oesophagus-Chirurgie. (Contributo clinico-sperimentali alla chirurgia dell' esofago.)** *Gaz. med. de Turin. No. 17, 18, 19. An 1888.*

G. resumirt in seiner Abhandlung Alles, was bis heute über diesen Gegenstand und besonders über die Oesophagotomie wegen Krebs geschrieben ist; er bespricht die Vorzüge dieser Operation, ihre Indicationen und ihre Contraindicationen. G. stützt sich hierbei auf die Fälle, die er in der Klinik von Prof. Novaro beobachtet hat, und auf eine Analyse der in der Literatur gesammelten Beobachtungen.

Schliesslich berichtet G. über 2 Fälle von experimenteller Oesophagusresection, die er an Hunden ausgeführt hat, mit unmittelbarer Vereinigung der beiden Stümpfe des Rohrs. Das Ergebniss war in einem der Fälle ein günstiges. CARDONE.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang VI. Berlin, October. 1889. No. 4.

## I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

### Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

13. L. v. Schroetter (Wien). Die Patientin war eine 29jährige Dame, die Gattin eines Arztes. Die Geschwulst war im 28. Lebensjahre aufgetreten. Sie stellte einen sehr grossen, lebhaft roth gefärbten, unregelmässig getuckelten, aus dem rechten Ventrikel dessen ganzer Länge nach hervorragenden und die Glottis fast völlig ausfüllenden Tumor dar. (Der Befund ist durch eine beigegebene, colorirte, vorzügliche Zeichnung illustrirt.) Es wurden dreimal Stücke entfernt und die mikroscopische Untersuchung dreimal von Dr. H. Chiari (jetzt Professor in Prag) vorgenommen. Dieselbe ergab Fibrom. „Die erste Operation wurde mit Messer mit Abtragung des ganzen freien Theiles der Geschwulst gemacht, nur um der Patientin Athem zu verschaffen, da diese im 8. Monat der Schwangerschaft war und zu ihrer Entbindung nach Hause reisen wollte.“ Sieben Monate nach der Operation trat ein Recidiv resp. Nachwachsen des restirenden Theiles ein.

Es wurde auf's Neue operirt, und die mikroscopische Untersuchung des entfernten Stückes ergab wieder Fibrom. Die Operationsmethode war diesmal Messer und Galvanocauter. „Drei Wochen nach der letzten Operation Tod im Gefolge von Pyämie, bei histologischer Untersuchung nach dem Tode Carcinom.“ (Von Prof. Chiari constatirt.) Die Lymphdrüsen am Halse in der Nachbarschaft des Larynx theils eitrig infiltrirt, theils bereits eitrig zerflossen, auf letzteren Vorgang der Substanzverlust (? Herausgeber) in der Regio supraclavicularis dextra zu beziehen. Pneumonie der rechten Lunge. Mikroscopische Untersuchung: Stromareiches Carcinom, das der Form und Anordnung seiner Zellen nach von den Schleimdrüsen ausgegangen war.“

[Die Mittheilung, dass nur drei Wochen nach der letzten Operation die postmortale histologische Untersuchung des Tumors Carcinom ergab, während derselbe intra vitam doch augenscheinlich durchaus keine

klinischen Kennzeichen seiner Malignität dargeboten hatte, und eben erst (vgl. oben) wieder histologisch als „Fibrom“ diagnosticirt worden war, erinnerte den Herausgeber sofort an den Cajetan von Textor-Virchow'schen Fall von Mischgeschwulst (vgl. Jahrgang V. p. 308), in welchem es sich ebenfalls um ein „recurrirendes Fibrom“ zu handeln schien, und in welchem die nachträgliche genaue Untersuchung des erstentfernten Stückes doch schliesslich ergab, dass „ganz kleine Stellen darin den cancroiden Bau besassen, während fast der ganze übrige Tumor fibromatös war.“ Eine ähnliche Möglichkeit schien ihm trotz der wiederholten mikroscopischen Untersuchungen seitens eines so ausgezeichneten Pathologen, wie es Prof. Chiari ist, auch im gegenwärtigen Falle sehr wahrscheinlicher Weise vorzuliegen, und er unterbreitete daher die Frage, ob nicht auch hier schon von Anfang an eine Mischgeschwulst vorgelegen haben dürfte, dem Collegen v. Schroetter, der die Güte hatte, Folgendes zu erwidern: . . . . . „Was die zweite Frage anbelangt, ob Mischform, so kann ich Ihnen meine Ansicht nur dahin präcisiren, dass ich selbst glaube, in jenem Falle war schon anfänglich das Carcinom vorhanden! —“

Auch dieser Fall wird daher unter die Kategorie der „zweifelhaften“ eingereiht werden müssen.]

14. Clinton Wagner (New-York) bemerkt wiederholt, dass der folgende, von ihm eingesandte Fall Zweifeln ausgesetzt sei, besonders da die Berichte der Mikroscopiker über den histologischen Befund von einander differirten. (Vgl. Jahrgang V., p. 307.) Seine Beschreibung lautet in wörtlicher Uebersetzung folgendermassen:

„Dieser Fall hatte für das blosse Auge alle Erscheinungen eines Papilloms. Eine vollständige Entfernung mittelst der Zange wurde nicht erzielt, aber genügend, um die Stimmfunction wiederherzustellen. Der Patient kehrte in seine Heimath auf dem Lande zurück, blieb aber, statt sich, wie er es versprochen hatte, nach Ablauf eines Monats wieder behufs erneuter Untersuchung vorzustellen, fünf Monate fort. Während dieser Zeit war die Geschwulst genügend gewachsen, um beängstigende Athemnoth zu verursachen. Tracheotomie und Thyreotomie wurden vorgenommen, die Geschwulst gründlich entfernt und der Galvanocauter auf die früheren Ansatzstellen applicirt. Die entfernten Stücke wurden drei mikroscopischen Sachverständigen unterbreitet mit folgenden ausserordentlichen Ergebnissen:

Dr. Delafield erklärte die Geschwulst für ein „einfaches Papillom“,

Dr. J. W. S. Arnold für ein „Sarcom“.

Dr. W. J. Alexander für ein „epitheliomatöses Papillom“.

Der Patient überlebte die Tracheotomie um zwei Jahre; in der Zwischenzeit wurde wiederholt die Laryngofissur behufs temporärer Erleichterung vorgenommen. Weitere Details über diesen Fall sind zu finden in einem Aufsatz über „Intralaryngeal Growths“ im „Ohio Medical u. Surgical Reporter“, August 1878, Fall XII, sowie eine Bezugnahme auf ihn unter demselben Titel, im Abschnitt „Sarcomata“ in den „Philadelphia Medical News“, vom 3. Februar 1883.“

[Die natürlichste Erklärung des vorstehendes Falles und der Differenzen zwischen den Mikroscopikern dürfte wohl die sein, dass es sich von Anfang an um eine Mischform gehandelt hat, die unter dem Bilde eines Papilloms in die Erscheinung trat. So erklärt sich wenigstens einerseits der klinische Verlauf, andererseits die Differenz der mikroscopischen Befunde der Herren Delafield und Alexander. Der erste der genannten Herren mag eben nur Stücke von rein papillomatösem Bau, der andere Stücke, die eine Mischform von Papillom und Cancroid aufwiesen, vor sich gehabt haben. Wie Dr. Arnold zu der Diagnose „Sarcom" gelangt ist, ist freilich ohne genaue Kenntniss der Originalberichte, die uns nicht zur Verfügung stehen, schwerer zu erklären. — Jedenfalls wird man angesichts der Differenzen zwischen den pathologischen Anatomen nur mit dem klinischen Beobachter den Fall als einen „zweifelhaften" bezeichnen können, wenngleich wir uns andererseits durchaus nicht der Einsicht verschliessen, dass von gegnerischer Seite gerade die Differenzen für die Anschauung geltend gemacht werden könnten, dass die Geschwulst just zur Zeit ihrer mikroscopischen Untersuchung sich in dem Uebergangsstadium befunden habe. — Bedauerlich ist es angesichts dieser Schwierigkeiten, dass die obigen Mittheilungen über den klinischen Befund und Verlauf so kurz sind, und mancher wesentlicher Punkte, wie des Alters des Patienten, des Ausgangspunktes der Geschwulst etc. gar nicht gedacht ist. Grössere Ausführlichkeit in diesen Beziehungen möchte uns möglicherweise zu grösserer Sicherheit verholfen haben.]

15. W. Mac Neill Whistler (London) beschreibt folgenden Befund in einem Fall, der ihm von Dr. Whipham (London) zur Begutachtung überwiesen worden war, und in dem sich schliesslich (vgl. unten) die bösartige Natur der Neubildung herausstellte:

„Dieser Fall (ein männlicher Patient) wurde mir von Dr. Whipham am 18. März 1879 zugesandt. Er ist ausführlich im 14. Bande der „Transactions of the Clinical Society" berichtet. Meine Notiz über den laryngoscopischen Befund lautet: Eine abgeplattete Geschwulst mit unebener Oberfläche am vorderen Abschnitt des linken Stimmbandes, anscheinend das Ueberbleibsel einer Geschwulst, deren grösserer Theil entfernt worden ist. Dicht hinter und über ihr befindet sich eine andere Geschwulst vom Umfange einer sehr grossen Erbse am linken Taschenbande; dieselbe ist rund, mit warziger Oberfläche. Diese Geschwulst war entzündet und das Taschenband in ihrer Nähe war roth und geschwollen. Wie mir mitgetheilt wurde, war diese Geschwulst kürzlich mittelst der Zange operirt worden. Sie hatte das Aussehen eines entzündeten Papilloms, was auch mit den Resultaten der mikroscopischen Untersuchungen übereinstimmte, die an den entfernten Fragmenten angestellt worden waren. Aus dem Aussehen der Geschwulst konnte ich keine Zeichen entnehmen, welche auf ihre Bösartigkeit hingedeutet hätten. Indessen war zu jener Zeit ein gewisser Grad von Schwerbeweglichkeit des linken Stimmbandes vorhanden."

Soweit Dr. Whistler.

Dr. Whipham hat sich an der Sammelforschung nicht betheiligt, den in Rede stehenden Fall dagegen, wie schon in der Whistler'schen Notiz erwähnt, im 14. Bande der Verhandlungen der Londoner Klinischen Gesellschaft unter dem Titel: „Exstirpation des Kehlkopfs und Entfernung einer grossen Neubildung, welche ursprünglich das Taschenband und Stimmband einnahm, später aber den ganzen Kehlkopf involvirte", in Gemeinschaft mit dem Chirurgen, Mr. T. Pickering Pick, der die Exstirpation ausführte, ausführlich beschrieben. Der dortigen Schilderung entnehmen wir folgende, für die uns hier beschäftigende Frage wichtige Details:

Der Patient war ein 39jähriger Handelsreisender, der Dr. Whipham am 27. Mai 1876 wegen Heiserkeit und häufigen Bedürfnisses, sich zu räuspern, consultirte. Diese Beschwerden hatten im Januar desselben Jahres begonnen. Eine Ursache derselben wusste der Kranke nicht zu nennen. Kein Schmerz im Kehlkopf, aber häufige erratische Muskelschmerzen in der rechten Halshälfte. Keine syphilitische Vorgeschichte, keine äussere Schwellung am Halse, keine Respirationsbeschwerden. Wegen hochgradiger Nervosität war erst am 8. Juni ein Einblick in den Kehlkopf möglich. „Eine warzige Geschwulst, etwas grösser als eine Erbse, wurde gesehen, die anscheinend vom vorderen Drittel des linken Taschenbandes und theilweise auch vom Stimmband ausging." Am 29. Juli Entfernung zweier kleiner Fragmente mittelst der Zange. Besserung der Heiserkeit. Im September Schwellung und Röthung der vorderen drei Viertel des linken Stimmbandes, keine Wiederkehr der Geschwulst. In den nächsten 6 Monaten Dyspepsie, Niedergeschlagenheit, Schwindelgefühl, unregelmässige Defäcation. Im Februar 1877 Recidiv der Kehlkopfgeschwulst an derselben Stelle. Am 3. März Entfernung eines grossen und zweier kleiner Fragmente mittelst der Zange. „Die mikroscopische Erscheinung zu jener Zeit war die eines gewöhnlichen Papilloms." Am 16. Juni neues Recidiv und Entfernung eines kleinen Stückes. Am 5. Januar 1878 neues beträchtliches Recidiv, Exstirpation mehrerer Stücke, anscheinende Entfernung des ganzen warzigen Tumors, linkes Stimmband verdickt und etwas geröthet. Vom Beginn des nächsten Monats musculäre Schmerzen in Hals und Schultern, beginnend und verstärkt, wenn Patient viel spricht. Am 23. März neues Recidiv und neue Operation. „Dieselbe wurde bis zu einem gewissen Grade zufriedenstellend ausgeführt, doch blieb ein sessiler Tumor mit breiter Basis am Stimmband und theilweise am Taschenband angeheftet nach der Evulsion der prominenten Theile der Geschwulst". Am 19. April Entfernung eines anderen Theiles der Geschwulst. Patient giebt seine Beschäftigung als Handelsreisender auf, und ergreift eine andere, in der er nicht so viel zu sprechen braucht. „Beträchtliche Verbesserung war das Resultat dieser Veränderung, und der Tumor wuchs weniger schnell, und erst am 31. December wurde eine neue Operation nothwendig, bei der ein Stück von Erbsengrösse entfernt wurde. Die Verdickung des Stimm- und Taschenbandes war indessen zu jener Zeit sehr beträchtlich; vor der Evulsion war die Athmung einigermaassen behindert, mit einem gewissen Grade von Stridor bei tiefer Inspiration und die Lippen waren entschieden cyanotisch geworden. (Wie stimmt die im vorhergehenden Satze berichtete Verbesserung zu dem im letzten Satze geschilderten

Befunde? Herausg.) Im Anfang des Jahres 1879 erkältete sich der Patient und Laryngitis folgte. Die Entzündung persistirte. Am 18. März untersuchte Dr. Whistler freundlichst den Hals des Kranken (vgl. oben, Herausg.) und berichtete mir, dass er keine Veranlassung sähe, die Geschwulst, welche jetzt sowohl das Taschenband wie das Stimmband involvirte, für etwas anderes als eine gutartige Neubildung zu halten.“ Der Patient wurde nunmehr ins St. George's Hospital aufgenommen, wo er sechs Wochen verblieb. Gegen Ende dieser Zeit hatte die Laryngitis beträchtlich abgenommen, aber nicht genügend, um einen Versuch machen zu können, die Geschwulst zu entfernen. Er verliess das Hospital in „leidlichem Wohlbefinden“, aber mit sehr heiserer Stimme. Am 23. Juni kam er wieder zu Dr. Whipham wegen eines schweren Anfalls von Dyspnoe und Orthopnoe in der vorhergehenden Nacht. „Die Neubildung war jetzt sehr gross und behinderte, ausser wenn er sich ruhig hielt, die Athmung in bedenklicher Weise. Er sagte mir, dass er in letzter Zeit Empfindlichkeit und beträchtliche Schwellung über der linken Schildknorpelplatte gehabt habe. Ein grosser Theil der Schwellung war gegenwärtig zurückgegangen, aber ein kleiner, harter, schmerzloser Tumor war in der bezeichneten Gegend zurückgeblieben.“ Der Patient wurde wieder in's Hospital gesandt und im Laufe der nächsten sechs Wochen wurden mehrere Fragmente aus dem Kehlkopf entfernt. Am 10. October wurde ein Stück von beträchtlicher Grösse exstirpirt mit grosser Erleichterung für den Patienten, welcher erklärte, sich seit dem Anfang seiner Krankheit nicht so wohl befunden zu haben. Am 12. Februar 1880 aber kam er wieder mit der Angabe, dass seine Stimme seit etwa 14 Tagen wieder heiserer geworden sei. Der Kehlkopf war allgemein congestionirt, und am freien Rande des linken Stimmbandes fand sich eine knotige Neubildung von der Grösse einer „egyptischen Linse“, welche die Annäherung der beiden Stimmbänder aneinander beträchtlich hinderte. Der Kehlkopf war zu stark congestionirt, um eine Operation rathsam erscheinen zu lassen. „Am 4. März hatte eine beträchtliche Veränderung in dem Zustande der Theile stattgefunden. Die Neubildung schien nunmehr das ganze linke Taschenband zu involviren und hatte ausserdem ihren warzigen Charakter verloren; der Mann litt — zu Zeiten schwer — an Athemnoth bei Anstrengungen. Einige Tage später entfernte ich ein Knötchen, welches zwischen den Stimmbändern nahe ihrer vorderen Commissur hervorragte. Dies wurde mikroscopisch untersucht und als Papillom befunden. Der linke Schildknorpelflügel war zu jener Zeit — evident durch die Geschwulst — nach aussen gedrängt und auf Druck empfindlich. Gegen Ende April hatte die allgemeine Tumefaction des linken Taschenbandes und Stimmbandes beträchtlich zugenommen, während gleichzeitig die Dyspnoe intensiver und intensiver wurde. Der Patient wurde daher aufs Neue in's St. George's Hospital aufgenommen, und am 1. Mai nahm Mr. Pick die Tracheotomie vor, von welcher Operation sich der Kranke ohne jeden Zwischenfall vollkommen erholte. Er verliess das Hospital 1—2 Wochen nachher mit der Canüle.“

„Am 23. Juli sah ich W. G. wieder und fand den Kehlkopf durch eine weisse, halb durchscheinende Masse vollkommen obstruirt. Inspiration war unmöglich, ausser durch die Canüle. Eine runde Masse konnte unterhalb des Ring-

knorpels an der linken Seite gefühlt werden, und den Angaben des Patienten zufolge war oft krampfhafte Contraction der Muskeln dieser Halsseite vorhanden."

„Am 16. October war der Kehlkopf durch die Neubildung beträchtlich verbreitert, welche anscheinend hauptsächlich die Taschenbänder involvirte, in Folge wovon die Stimmbänder nicht gesehen werden konnten. Die linke Kehlkopfshälfte mit dem Giessbeckenknorpel war unbeweglich in vollkommener Phonationsstellung. Die äussere Schwellung schien nicht sehr zugenommen zu haben."

„Anfang November erfolgten ein paar Male Blutungen durch die Canüle, wenn er hustete. Der Mann sah elend und niedergeschlagen aus; sein Allgemeinbefinden litt sichtlich, und am 30. December 1880 wurde er wiederum in's Hospital aufgenommen, um eine Radicaloperation durch den Chirurgen behufs Entfernung des Leidens ausführen zu lassen."

Diese Radicaloperation wurde am 16. Januar 1881 von Mr. Pick ausgeführt und bestand in der Totalexstirpation des Kehlkopfs. Behufs der Details der chirurgischen Maassnahmen muss auf das Original verwiesen werden. Der Patient überstand die Operation selbst, starb aber, wahrscheinlich an Pyämie, fünf Tage später.

Der Kehlkopf wurde vollständig von der Neubildung angefüllt gefunden, auch die Epiglottis war ergriffen. Links war die Neubildung nach aussen durchgebrochen und bedeckte den linken Schildknorpelflügel.

In seinen epikritischen Bemerkungen spricht Dr. Whipham folgendermaassen über die uns hier interessirende Frage:

„Mit Bezug auf die Geschwulst selbst liegen mehrere Punkte von Interesse vor. Diejenigen Portionen, welche mikroscopisch vor der Tracheotomie am 1. Mai 1880 untersucht wurden, hatten grösstentheils[1]) („for the most part") (!Herausgeber) das Aussehen von Papillomen, während die zur Zeit der Operation entfernte unzweifelhaft epitheliomatös war. Nach dieser Operation wurde ein sorgsamer Vergleich der durch sie entfernten Masse mit den vorher mittelst der Zange exstirpirten Fragmenten vorgenommen, wobei sich herausstellte, dass Theile von einem Schnittpräparat eines im Jahre 1876 (!) entfernten Stückes einige Aehnlichkeit mit epithelialen Neubildungen zeigten." (! Herausgeber.)

„Der Tumor war, so weit man nach der laryngoskopischen Untersuchung schliessen konnte, drei Jahre lang eine unschuldige Neubildung, und es war zu Ende jener Zeit, dass Dr. Whistler die Freundlichkeit hatte, den Kranken zu untersuchen. Seine Ansicht derzeit ging dahin, dass er keine Veranlassung zu dem Glauben sah, die Neubildung für anders als gutartig zu halten."

„Kurz darauf aber änderte sich der klinische Aspect des Falles und gewisse positive Thatsachen, wie die Aenderung in der Form des Schildknorpels, die Empfindlichkeit und die Schwellung indicirten, dass die Geschwulst einen bösartigen Charakter angenommen hatte. . . . . . . ."

---

[1]) Die gesperrt gedruckten Worte dieses Abschnittes sind im Original nicht gesperrt. Herausgeber.

„Die Dauer der Krankheit (vier Jahre) deutet auf die unschuldige Natur der Neubildung in ihren früheren Stadien hin.“ (Dr. Whipham erwähnt indessen hier selbst, dass Fauvel selbst 7 Fälle von Kehlkopfcancroid berichtet habe, in denen die Tracheotomie vorgenommen wurde und in denen die Kranken durchschnittlich 4 Jahre vom Beginne ihres Leidens an lebten.)

„Nach der Tracheotomie im Mai 1880 deuteten die Schnelligkeit des Wachsthums und die Verbreiterung des Kehlkopfs auf eine Veränderung im Charakter der Krankheit hin und die Diagnose auf Epitheliom wurde durch die wiederholten und reichlichen Hämorrhagien bestätigt, welche kurz vor der Kehlkopfexstirpation erfolgten.“

Soweit Dr. Whipham.

Mr. Pick, der den chirurgischen Theil des Falles beschreibt, drückt sich in seinen epikritischen Bemerkungen über die uns hier beschäftigende Frage folgendermassen aus:

. . . . . „In dem Falle aber, welcher den Gegenstand dieser Bemerkungen bildet, hatten wir jedenfalls anfänglich eine anscheinend unschuldige Neubildung. Die Papillome werden, obwohl sie auf dem Wege continuirlicher Ulceration und wiederholter Blutungen zum tödtlichen Ausgange führen mögen, unter die nichtbösartigen Geschwülste eingerechnet, und haben keine Tendenz zu recidiviren, wenn sie gründlich entfernt werden.[1]) In seinen früheren Stadien war der vorliegende Fall unzweifelhaft ein Fall von Papillom, wie überreichlich durch die wiederholten mikroskopischen Untersuchungen der intralaryngeal entfernten Geschwulsttheile bewiesen wurde, und man glaubte daher, dass, falls der Tumor gründlich und Stück für Stück (successively) ausgerottet werden könnte, wir dem Patienten die Hoffnung auf Befreiung von seinem Leiden in Aussicht stellen könnten. Vor der Operation drückte ich indessen einen Zweifel aus, ob nicht die Neubildung ihren Charakter geändert hätte, resp., um es gerade herauszusagen, ob das Papillom nicht den Charakter des Epithelioms angenommen hätte? — Ich wurde zu dieser Meinung durch den ungewöhnlichen Verlauf geführt, welchen die Neubildung genommen hatte, — vorausgesetzt nämlich, dass sie unschuldiger Natur geblieben wäre — indem sie den Schildknorpel durchbohrte und anscheinend theilweise zerstörte. Die grosse Schnelligkeit des Wachsthums der Geschwulst in den letzten Lebensmonaten, die ziemlich schnelle Abmagerung, die kachektische Gesichtsfärbung, der ängstliche und sorgenvolle Gesichtsausdruck schienen ebenfalls auf eine Veränderung im Charakter der Geschwulst hinzudeuten. Und eine solche wurde thatsächlich gefunden. Die mikroskopische Untersuchung von Geschwulsttheilen, die zur Zeit der Kehlkopfexstirpation entfernt wurden, liess es unzweifelhaft, dass die Krankheit einen bösartigen Typus angenommen hatte. Es ist jedoch interessant zu constatiren, dass, obwohl die Geschwulst jetzt epitheliomatösen Charakters war, sie doch noch grossentheils die makroskopischen Kennzeichen des Papilloms zurückbehalten hatte, indem sie jenes

[1]) Es liesse sich über Manches in den Angaben dieses Satzes streiten, doch enthalten wir uns eines Eingehens auf denselben, da die betreffenden Behauptungen mit dem Gegenstande der Sammelforschung nicht in unmittelbarer Beziehung stehen.
Herausgeber.

eigenthümliche verästelte oder zottige Aussehen aufwies, welches so charakteristisch für dieses Leiden ist. Dies verleitete mich daher noch nach der Operation und vor der mikroskopischen Untersuchung, trotz der Geschichte der späteren Periode des Falles, beinahe zu der Hoffnung, dass wir noch finden würden, dass die Geschwulst ihrer Natur nach gutartig sei."

[Der vorstehende, sehr bemerkenswerthe Fall ist in vollster Ausführlichkeit und grösstentheils in den eigenen Worten der Beobachter mitgetheilt worden, um unseren Lesern die Bildung eines eigenen Urtheils zu ermöglichen. Denn der Herausgeber muss gestehen, dass er trotz der Bestimmtheit, mit welcher der Fall von den Herren Beobachtern als ein Beispiel von Umbildung in Anspruch genommen wird, ganz und gar nicht von der Unanfechtbarkeit dieser Anschauung überzeugt ist. Er will nicht bestreiten, dass eine Umbildung in diesem Falle thatsächlich vorgekommen sein kann — die Gründe für eine solche Auffassung sind von den Beobachtern selbst in der obigen Schilderung, theilweise wiederholt, hervorgehoben worden. Aber ihm selbst scheint es — ganz abgesehen von den kleineren, inneren Widersprüchen, an denen die verschiedenen Berichte über den Fall nicht eben arm sind — dass bei nüchterner Erwägung der Umstände, die Anschauung, dass es sich von vornherein um eine Mischgeschwulst, oder möglicherweise um papilläre Excrescenzen von epitheliomatöser Basis gehandelt hat, mindestens ebensoviel für sich hat, als die Auffassung von einer stattgehabten Umbildung. Recapitulirt man den Fall kurz, so handelt es sich einfach um Folgendes: Ein 39jähriger Mann erkrankt an einer warzigen Kehlkopfneubildung, die von Anfang an das linke Taschen- und Stimmband betrifft. Fast vier Jahre hindurch werden von Zeit zu Zeit intralaryngeale Entfernungsversuche gemacht, die Recidive aber sind de facto continuirlich (vgl. die Krankengeschichte) und ebenso unläugbarer Weise handelt es sich von Anfang an nicht nur um einfache, locale Recidive, wie sie bei recurrirenden Papillomen ja häufig genug vorkommen, sondern in stetiger Reihenfolge gesellen sich zu den blossen Geschwulstrecidiven andere Symptome, die einfachen, gutartigen Neubildungen nicht zukommen. So finden wir denn noch mehr als einen Monat nach der ersten Serie von intralaryngealen Operationen „Röthung und Schwellung der vorderen drei Viertel" des afficirt gewesenen Stimmbandes; noch im ersten Jahre des Leidens Anfälle von Depression, wie man sie so häufig bei Krebskranken sieht; im Januar 1878 Verdickung des linken Stimmbandes, im Februar desselben Jahres Schmerzen in Hals und Schultern beim Sprechen; im März einen „sessilen Tumor mit breiter Basis am Stimmbande angeheftet"; im December Athmungsbehinderung, Stridor bei tiefer Inspiration, Cyanose der Lippen; im Beginne des Jahres 1879 hartnäckige „Laryngitis". Am 18. März desselben Jahres constatirt Dr. Whistler einen „gewissen Grad von Schwerbeweglichkeit des linken

Stimmbandes“ (von dieser für die Diagnose der Malignität, zumal wenn die suspecte Neubildung am vorderen Abschnitt des Stimmbandes sitzt, so wichtigen Bewegungsstörung des letzteren ist, beiläufig gesagt, bei Dr. Whipham erst ganz am Ende die Rede, als die Diagnose überhaupt nicht mehr legitimerweise zweifelhaft sein konnte). Am 23. Juni Anfall von Dyspnoë und Orthopnoë, Bericht von einer vorhanden gewesenen Schwellung links unten am Halse, von der ein harter kleiner, schmerzloser Tumor noch über der linken Schildknorpelplatte constatirt werden kann. Im Februar 1880 wieder allgemeine Congestion des Kehlkopfs; im März Veränderung des laryngoskopischen Bildes (Verlust des warzigen Charakters der Neubildung), gleichzeitig Vorwölbung der linken Schildknorpelplatte, allgemeine Tumefaction des linken Taschen- und Stimmbandes. — Hiernach konnte ja, wie Dr. Whipham selbst in seinen epikritischen Bemerkungen hervorhebt, die Diagnose der Malignität wirklich nicht mehr zweifelhaft sein. Deuten aber nicht die eben namhaft gemachten, schon vor dieser Zeit beobachteten klinischen Symptome gebieterisch darauf hin, dass von Anfang an mehr vorlag, als eine einfache, papillomatöse Neubildung? Und dazu bedenke man, dass der ganze Process nicht mehr zu seiner Entwicklung brauchte, als vier Jahre, d. h. eine Zeit, die, wie Dr. Whipham selbst bemerkt, durchaus nicht die Dauer vieler, wohl constatirter Fälle von primärem Kehlkopfcancroid übersteigt. Und ferner, dass allein innerhalb der ersten $3^1/_4$ Jahre, d. h. vom August 1876 bis October 1879, nicht weniger als neun Recidive stattgefunden hatten (vgl. die Krankengeschichte) — oder, correcter ausgedrückt: dass die Neubildung aller Wahrscheinlichkeit nach continuirlich weiter gewuchert hatte, und dass nur das eine Mal mehr, das andere Mal weniger von ihren projicirenden Spitzen abgekappt worden war!

Klinisch scheint nach alledem dem Herausgeber der Verdacht, dass es sich um eine Neubildung handelte, der von vornherein bösartige Elemente beigemischt waren, sehr wohl begründet.

Hiergegen dürften nun wohl — wie dies ja thatsächlich bereits von Mr. Pick gethan worden ist — die Resultate der wiederholten mikroskopischen Untersuchungen der intralaryngeal entfernten Fragmente geltend gemacht werden, welche in den Anfangsstadien des Processes stets „Papillom“ ergeben hätten. Aber die Antwort auf diesen Einwand ist nicht schwer. Abgesehen davon, dass den Angaben Dr. Whipham's zufolge stets sehr kleine Fragmente entfernt worden zu sein scheinen, und dass ja solche von der Peripherie abgekappte Stücke histologisch ganz und gar nicht massgebend für die Geschwulstbasis zu sein brauchen (vgl. Jahrgang V, p. 305 u. ff.), erwähnt Dr. Whipham selbst (vgl. oben) — und hierauf müssen wir den grössten Werth legen — erstens, dass die vor der Tracheotomie intralaryngeal entfernten Fragmente „grösstentheils“ — also doch nicht ausschliess-

lich — mikroskopisch das Aussehen von Papillomen hatten, zweitens, dass es sich bei der nachträglichen mikroskopischen Untersuchung einiger im Jahre 1876 — also im ersten Anfange des Leidens (!) — entfernter Stücke herausgestellt habe, dass „Theile von einem Schnittpräparat eines dieser Stücke einige Aehnlichkeit mit epithelialen Neubildungen zeigten“!

Es ist sehr bedauerlich, dass gerade über diesen, den unstreitig interessantesten und wichtigsten Punkt des ganzen Falles, die Angaben so kurz und ungenau sind! Was soll der letzte Satz in unzweideutiger Fassung besagen? Von mancher Seite werden die Papillome zu den epithelialen Neubildungen gerechnet. Aber aus dem Zusammenhange geht ganz klar hervor, dass das nicht gemeint sein kann: Theile eines Präparats eines der 1876 (also im Beginne der Krankheit!) gewonnenen Stücke wiesen einige Aehnlichkeit mit epithelialen Neubildungen auf („bore some resemblance to epithelial growth“) — so heisst es im Text. Mit anderen Worten: Theile der Neubildung zeigten vom ersten Anfang an einen von der nach Dr. Whipham's Ansicht gewöhnlichen Structur des Papilloms abweichenden Bau, der an den Typus epithelialer Neubildungen erinnerte. Wir wollen und dürfen uns nicht in weitere Speculationen einlassen, ob dieser Typus derjenige gutartiger oder bösartiger epithelialer Wucherung war. Dazu ist die Angabe Dr. Whipham's zu kurz. Hält man sich aber den klinischen Verlauf des Falles, die Erinnerung an so manche ähnliche Fälle der Sammelforschung, vor allem an den Krieg'schen (vgl. Jahrgang V, p. 309 u. ff.) vor Augen, erwägt man, dass die Diagnose Papillom einerseits nur auf das laryngoskopische Bild basirt war, während wir jetzt wissen, dass manche Fälle von Epithelialkrebs des Kehlkopfs bis zum Ende unter dem äusseren Bilde des Papilloms verlaufen (vgl. z. B. Jahrgang V, p. 198 u. ff., p. 312 u. ff. etc. etc.), dass andrerseits trotz der wiederholten mikroskopischen „Papillom“befunde die Beschreibung eines ganz frühzeitig entfernten Stückes es unentschieden lässt, ob nicht bereits zu jener Zeit bösartige Elemente der Geschwulst beigemischt waren — so wird man wohl nicht umhin können, der Meinung des Herausgebers beizutreten, dass zum wenigsten starke Verdachtsgründe dafür vorhanden sind, dass es sich in diesem Fall um eine von Anfang an bestandene Mischgeschwulst gehandelt hat, und dass derselbe keinesfalls als ein „unzweifelhafter“ Fall von Umwandlung einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst betrachtet werden darf.]

Obwohl die sämmtlichen in diesem Abschnitt berichteten Fälle als „zweifelhaft“ bezeichnet worden sind, so sind sie doch ebensowenig als die im vorhergehenden Abschnitt aufgezählten Beispiele von „sicherer resp. wahrscheinlicher“ Umbildung, als unter einander gleichwerthig zu betrachten. Denn in den Fällen Baumgarten's (No. 1), J. Solis Cohen's (No. 2), Labus's (No. 9), Prinz's (No. 10), v. Schrötter's (No. 13), Clinton-Wagner's (No. 14),

Whipham-Whistler's (No. 15) liegt die Sache so, dass die Möglichkeit einer wirklich stattgehabten Umbildung immer noch als gleichberechtigt mit den anderen vorliegenden Möglichkeiten primärer Bösartigkeit oder primär vorhanden gewesener Mischgeschwülste zugelassen werden muss, während in den Fällen Solis Cohen's (No. 5), Fauvel's (No. 6), Gurowitsch's (No. 8) die erstere Möglichkeit eine äusserst geringe und in den Fällen Solis-Cohen's (No. 3 u. 4), Glasgow's (No. 7), Schech's (No. 11), Schnitzler-Mahl's (No. 12) eine verschwindend kleine ist. Ja, aller Wahrscheinlichkeit nach dürften die letztgenannten 8 Fälle ganz aus der Liste der Transformationsfälle zu streichen sein.

(Fortsetzung folgt.)

---

# II. Die laryngologische Literatur des Jahres 1888.

Die Einsendungen von Referaten über Arbeiten, welche im zweiten Halbjahr 1888 veröffentlicht, resp., obwohl aus dem ersten Halbjahr stammend, erst später zur Kenntniss unserer Referenten gelangt sind, haben die Vermuthung, der wir im Bericht über das erste Halbjahr Ausdruck verliehen haben (vgl. Centralblatt V, p. 489), dass nämlich die anscheinende in demselben bemerkte Verringerung der Production ausgeglichen werden dürfte, — vollauf bestätigt.

De facto haben wir auch diesmal wieder eine bedeutende Zunahme der Gesammtproduction gegenüber dem Vorjahre zu constatiren: unsere Tabelle (vgl. umstehend) weist die enorme Zahl von 1869 Arbeiten auf, und rechnet man zu diesen die in Congressen gehaltenen Vorträge etc. hinzu, so beläuft sich die Anzahl der im Jahre 1888 im Gebiete unserer Specialität veröffentlichten Arbeiten zum mindesten auf **2000!**

Es nützt nichts, darüber zu philosophiren, ob unser Wissen auch nur einigermassen im Verhältniss zu der Production bereichert worden ist: die letztere wird weitergehen, so viele Warnungen gegen überflüssige Publicationen auch immer erhoben werden mögen.

Interessant ist es, die Tabellen mit ihren Vorgängern zu vergleichen. Die ausgesprochenen Neigungen einzelner Länder, sich mit gewissen Gegenständen zu beschäftigen, finden sich auch diesmal wieder. So arbeitet man in Frankreich, das diesmal überhaupt die Führung übernommen hat, seit Jahren mehr über Mund-Rachenleiden, als anderswo; in Nordamerika ist es immer noch die Diphtherie und nächst ihr die Nase, welche die Autoren beschäftigt; Grossbritannien publicirt wiederum am meisten über Schilddrüsenaffectionen etc. etc.

## Die laryngo-rhinologische Literatur in den letzten sechs Monaten des Jahres 1888.

| Länder. | Allgemeines. | Nase. | Rachen. | Diphtheritis und Croup. | Kehlkopf. | Schilddrüse. | Oesophagus. | Zusammen. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Frankreich | 35 | 41 | 60 | 35 | 90 | 26 | 13 | 300 |
| Grossbritannien und Colonien | 21 | 33 | 44 | 27 | 60 | 21 | 9 | 215 |
| Nordamerika | 21 | 40 | 35 | 65 | 35 | 7 | 7 | 210 |
| Deutschland | 29 | 34 | 25 | 25 | 65 | 14 | 7 | 199 |
| Oesterreich | 19 | 13 | 7 | 6 | 16 | 7 | 2 | 70 |
| Italien | 7 | 12 | 15 | 5 | 23 | 6 | 2 | 70 |
| Russland | 2 | 6 | 5 | 2 | 7 | 1 | 4 | 27 |
| Spanien | 1 | 4 | 3 | 8 | 7 | 1 | 2 | 26 |
| Belgien und Holland | 1 | 7 | 2 | 2 | 7 | — | 1 | 20 |
| Schweden, Norwegen, Dänemark | 1 | 1 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 16 |
| Polen | 1 | 4 | — | 1 | 4 | — | — | 10 |
| Schweiz | 1 | 2 | — | 1 | 2 | 1 | — | 7 |
| Zusammen | 139 | 197 | 188 | 182 | 319 | 86 | 49 | 1170 |

## Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1888.

| Länder. | Allgemeines. | Nase. | Rachen. | Diphtheritis und Croup. | Kehlkopf. | Schilddrüse. | Oesophagus. | Zusammen. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Frankreich | 40 | 60 | 83 | 43 | 122 | 41 | 17 | 406 |
| Grossbritannien und Colonien | 41 | 52 | 69 | 36 | 108 | 38 | 11 | 355 |
| Nordamerika | 24 | 73 | 56 | 106 | 62 | 10 | 11 | 342 |
| Deutschland | 43 | 56 | 61 | 32 | 98 | 24 | 15 | 329 |
| Oesterreich | 32 | 20 | 17 | 9 | 40 | 10 | 4 | 132 |
| Italien | 15 | 19 | 21 | 8 | 46 | 8 | 5 | 122 |
| Belgien und Holland | 3 | 9 | 5 | 7 | 14 | — | 2 | 40 |
| Russland | 3 | 6 | 8 | 3 | 10 | 2 | 4 | 36 |
| Schweden, Norwegen, Dänemark | 2 | 3 | 8 | 9 | 7 | 2 | 4 | 35 |
| Spanien | 1 | 4 | 4 | 9 | 10 | 1 | 2 | 31 |
| Polen | 2 | 8 | 4 | 2 | 9 | — | 1 | 26 |
| Schweiz | 1 | 2 | 1 | 5 | 4 | 2 | — | 15 |
| Zusammen | 207 | 312 | 337 | 269 | 530 | 138 | 76 | 1869 |

# III. Referate.

## a. Allgemeines, äusserer Hals, Therapeutisches etc.

1) **G. Fasano** (Neapel). **Einige ätiologische Beziehungen zwischen Ohr- und Halskrankheiten. (Alcuni rapporti etiologici fra le malattie dell' orecchio e della gola.)** *Archivio Internaz. di Laringologia etc. An IV. No. 3—4. An 1888.*

F. berichtet über 2 Fälle, die das Symptomenbild der Menière'schen Krankheit darboten und durch Verletzungen im Nasenrachenraum bedingt waren. Im ersten Fall handelte es sich um Polypen, im 2. um adenoide Vegetationen. Die chirurgische Behandlung dieser Veränderungen brachte alle Symptome zum Verschwinden.

Endlich berichtet F. noch über einen Fall von Cephalalgie, die auch von Ohr und Rachen ihren Ursprung nahm (Nasen-Rachencatarrh mit Verbreitung auf die Paukenhöhle). F. CARDONE.

2) **Moldenhauer. Die Krankheiten der Nasengänge, der Nasenhöhle und des Nasenrachenraums.** Uebersetzt und mit Anmerkungen versehen von Dr. Potiquet. **(Traité des maladies des fosses nasales et du pharynx nasal.** Traduit et annoté par le Dr. Potiquet) Paris. Asselni et Houzeau. Herausgegeben 1888.

Es handelt sich um eine vollständige Uebersetzung des wohlbekannten Werkes von Moldenhauer; der Uebersetzer Dr. Potiquet hat verschiedene persönliche Bemerkungen angefügt. So läugnet er gelegentlich der Besprechung des Catarrhs der Bursa pharyngea — und wie ich glaube mit Recht — die Existenz dieser Bursa und kritisirt diese besondere Bezeichnung für eine seit langem bekannte Krankheit.

Man lese auch die Anmerkung über die suppurativen Processe des Sinus maxillaris, pag. 205, nach. E. J. MOURE.

3) **W. Cheatham. Krankeiten der Nase und des Rachens und ihre chirurgische Behandlung. (Diseases of the nose and pharynx and their surgical treatment.)** *Virginia Medical Monthly. December 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **F. W. Hinkel. Das rheumatische Element bei Halskrankheiten. (The rheumatic element in throat diseases.)** *Med. Press of Western N Y. III. 7.*

Die parenchymatöse Tonsillitis, die rheumatische Pharyngitis und Bräune werden im Allgemeinen dem rheumatischen Gift zugeschrieben. Die acute folliculäre oder lacunäre Tonsillitis ist, wenn sie oft recidivirt, häufig mit Rheumatismus verbunden und stets von saurer Dyspepsie begleitet. Eine scharfe alkalische und antipyretische Behandlung giebt die günstigsten Resultate. Es giebt ferner eine Form von Angina, welche durch plötzlichen Schmerz beim Schlucken, mit leichtem Ansteigen der Temperatur charakterisirt ist. Die besonders schmerz-

hafte Stelle sitzt hinter dem Ringknorpel oder nach aussen vom oberen Horn des Schildknorpels oder direct in der hinteren Wand der Pars ovalis des Pharynx.

Die Inspection zeigt eine fleckige Congestion der Schleimhaut. Es erfolgt schnelle Besserung durch alkalische Gurgelwässer, Hitze und innere Darreichung von Alkalien. Der Larynx ist bisweilen besonders, aber in derselben Weise afficirt, natürlich mit besonderen Localsymptomen. Es besteht oft heftiger, explosiver Husten, der trocken und schmerzhaft ist. Die Behandlung besteht in Alkalien, local und innerlich.

H. glaubt, dass die Lithiasis beim Nasencatarrh eine grössere Rolle spielt, als man gemeinhin annimmt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) **H. Bendelack Hewetson** (Leeds). **Die Gefahr septischer Infection durch Nasen- und Mundsecrete in geburtshülflicher und chirurgischer Praxis. (The danger of septic infection from nasal and aural discharges in midwifery and surgical practice.)** *Lancet. 24. November 1888.*

Die Sache hat eine wirkliche Bedeutung, die durch die erwähnten Erfahrungen an 2 von Hewetson's Patienten eine nachdrückliche Betonung erfährt. Wohl mancher Fall von Septicämie mag durch das Vorhandensein eines dieser Ausflüsse bei Arzt oder Wärterin seine Erklärung finden.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

6) **Richter** (Sonneberg i. Th.). **Ueber nervös-catarrhalische Affectionen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 20. S. 399. 1888.*

R. versteht hierunter Catarrhe, die durch centrale Neurosen in Folge von Störung des vasomotorischen und trophischen Centrums entstehen, und deshalb auch einer centralen Behandlungsweise unterzogen werden müssen. Aus unserer Region giebt er je ein Beispiel für centralen Rachen-, centralen Nasen- und centralen Kehlkopf-Catarrh. Das vorhandene centrale Leiden giebt den Ausschlag bei der Diagnose. B. FRAENKEL.

7) **P. Guttmann** (Berlin). **Ueber eine reflectorische Beziehung der Cornealäste des Trigeminus zur Athmung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 17. S. 341. 1888.*

Bei einem durch Atropin vergifteten, bewusstlosen Knaben trat bei jeder Berührung der Cornea Stillstand der Athmung in Exspirationsstellung ein. An den Vortrag schliesst sich eine Discussion in der Berliner Medicinischen Gesellschaft, in welcher Schweigger das Niesen vom Auge, Hirschberg die Athmungspause nach Aetzungen der Cornea mit Argent. nitricum in Substanz und Sandmann seine Experimente über Reflexe, die auf die Athmung wirken, erwähnen. B. FRAENKEL.

8) **W. M. Cowgill. Einige Ursachen erschwerter Athmung bei Kindern; ihre Folgen und Behandlung. (Some causes of obstructed breathing in children, their effects and treatment.)** *Americ. Practit. and News. 15. Sept. 1888.*

Der Autor spricht von Vergrösserung der Tonsillen, adenoiden Wucherungen und Hypertrophie der Nasenmuscheln. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

9) **Urunuela** (Madrid). **Intermittente Dyspnoe dunkelen Ursprungs. (Varios casos de dispnea intermitente di oscura patogenia.)** *Revista de Med. y Cir. prácticas. 7. Februar 1888.*

Nachdem in der vorhergehenden Sitzung der Spanischen med. chir. Academie Herr Espina Capo obiges Thema angeregt und Fälle centralen sowie pheripherischen (circulatorischen und respiratorischen) Ursprungs mitgetheilt hatte, sprach Verf. in der Sitzung vom 19. Januar 1888 über die Dyspnoe, die ihren Ausgangspunkt in Veränderungen in der Nase, dem Rachen oder dem Kehlkopf hat, und die nach seiner Beobachtung so hochgradig werden kann, dass der Luftröhrenschnitt nöthig wird. SENTINON.

10) **Orcel. Veränderte Lage der Eingeweide mit Fortbestehen der Thymusdrüse. (Hétérotaxie splanchnique totale avec persistance du thymus.)** *Lyon médical. No. 23. 3. Juni 1888.*

Die Beobachtung betrifft einen 21jährigen Mann, der von einer Hypertrophie der Schilddrüse befallen war. Poncet operirte dieselbe; wegen der engen Verwachsung der beiden Drüsenhälften musste er das ganze Organ entfernen. Der Kranke starb nach der Operation am Shock. Der Tumor wog 750 g, er bestand aus 2 ungleichen Lappen, die hinten durch einen festen, bindegewebigen Strang vereinigt waren; dieser umfasste die Trachea vorn und seitlich. Obwohl der Tumor benign war in dem Sinne, dass er nicht zu Recidiven oder zu einer Generalisirung geneigt schien, war seine Entfernung doch durchaus indicirt durch die Proliferation der Epithelzellen im Niveau der Geschwulstknoten und durch die Bildung neuer Drüsenbläschen.

Bei der Eröffnung der Eingeweidehöhlen fand man eine vollständige Verlagerung der Organe: Herzspitze und Magen rechts, Leber und Coecum links; vollständige Inversion der Herzräume, der Arterien, Venen etc.

Schliesslich fand sich noch über dem Herzbeutel eine Thymusdrüse, aus 2 spindelförmigen Hälften zusammengesetzt, 10 cm lang, 2 Querfinger breit. Sie lag nicht, wie gewöhnlich, inmitten Fett und Bindegewebe gebettet; die weichliche Consistenz und die weiss-röthliche Farbe aber waren die gewöhnlichen. Durch Schnitte wurde festgestellt, dass es sich weder um Tuberculose, noch sonst um irgend eine Degeneration handelte, dass weder die Paul Dubois'schen Abscesse, noch Hyperämie oder Congestion vorlagen. Vielleicht, meint der Autor, lag eine der wahren Hypertrophien vor, wie sie von diesem Organ beschrieben worden sind; aber rationeller ist es anzunehmen, dass aus einem Grunde, der sich unserer Kentniss entzieht, die Thymus in diesem Falle das Loos der andern Organe getheilt und dass sie an der Volumensvermehrung theilgenommen hat, die sie alle in dem Maasse, in dem das Individuum sich entwickelt und ausbildet, erfahren. E. J. MOURE.

11) **J. H. Lloyd** und **J. B. Deaver** (Philadelphia). **Ein Fall von Geschwulst der Spina cervicalis, Operation und Tod. (A case of tumor of the cervical region of the spine, operation and death.)** *Internat. Journ. of Med. Sciences. Dec. 1888.*

Der Tumor sass links von der Mittellinie entsprechend dem 3. Halswirbel und verursachte linksseitige Hemiplegie ohne Anästhesie.

Der Fall, obwohl höchst interessant, verlangt kaum einen ausführlicheren Bericht in dieser Zeitschrift. M'BRIDE.

12) **J. Voituriez. Knorplige Andeutung eines überzähligen Kiemenbogens beim Menschen. (Vestige cartilagineux d'un arc pharyngien surnuméraire chez l'homme.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. 21. Juli 1888.*

Bei einem 35jähr. Manne fand sich rechts und links unter der Aponeurose des M. sternocleidomastoideus in der Höhe des 5. Kiemenbogen der Saurier und gewisser Fische ein Gebilde von hyalinem Knorpel; dasselbe wurde von Duret entfernt. E. J. MOURE.

13) **Cheminade. Indurirter Schanker, verursacht durch ein Rasirmesser an dem seitlichen Halsdreieck. (Chancre induré occasioné par un rasoir, partie laterale du cou.)** *Annales de dermatol. et syphilis. September 1888.*

Der Titel zeigt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

14) **M. O. Boulaugier. Elephantiasis syphilitica der Schädelknochen. (Elephantiasis syphilitique des os du crane.)** *La Presse Méd. Belge. No. 3, 4, 5. 1888.*

Tertiäre Syphilis einer vor 22 Jahren syphilitisch inficirten 43jährigen Frau. Symmetrisch an beiden Enden des bitemporal bedeutend vergrösserten Schädeldurchmessers befinden sich zwei Tumoren, welche durch Exostosenbildung und Verdickung der Weichtheile hervorgebracht sind. Neben anderen sonstigen Erscheinungen besteht starkes Näseln, hervorgerufen durch Zerstörung der Uvula und einen bedeutenden Substanzverlust des harten Gaumens. — Bei der Obduction ergiebt sich ausserdem noch Glottisödem und ödematöse Infiltration der aryepiglottischen Falten, wodurch sich jetzt (!) die Oppressionserscheinungen der letzten Lebenstage erklären lassen. Die Epiglottis ist beinahe gänzlich zum Verschwinden gebracht durch eine ausgedehnte syphilitische Verschwärung. — Die übrigen Aeusserungen der tertiären Syphilis, welche sich beinahe ausschliesslich auf das Knochensystem, insbesondere den Schädel beschränken, und die die Diagnose „Elephantiasis syphilitica der Schädelknochen“ veranlasst haben, müssen im Original nachgelesen werden. BAYER.

15) **A. Breda (Padua). Anatomie des Lupus der Schleimhaut. (Anatomia del lupus delle mucose.)** Typ. Prosperini, Padone. 1888.

Eine auch für den Laryngologen sehr wichtige Studie; B. beschreibt ausführlich auch die Erscheinungen dieser Krankheit im Halse. CARDONE.

16) **Luc. Lupus der oberen Luftwege mit Integrität der Haut. (Lupus des voies respiratoires supérieures avec intégrité de la peau.)** *Arch de Laryngol. 15. September 1888.*

Es handelt sich um einen 20jährigen Menschen ohne pathologische Antecedentien, der seit 6 Jahren eine gewisse Behinderung des Athmens in Nase und Kehlkopf empfand. Man fand in der Nase, im Rachen, auf den Stimmbändern und an der hinteren Seite der Trachea lupöse Ulcerationen. Der Kranke wurde wesentlich gebessert durch Leberthran, Jodkali und Jod innerlich.

E. J. MOURE.

17) **Sir Morell Mackenzie** (London). **Bericht über das Auftreten der Lepra in Europa mit besonderer Berücksichtigung der oberen Luftwege. (A report upon leprosy in Europe, particularly as it affects the air passages.)** *Journ. of Laryngology. October 1887 und Januar 1888.*

M. giebt einen Bericht über die Beobachtungen, die er in den letzten Jahren in Spanien, Madeira und Norwegen gemacht hat. Er bemerkt, dass fast alle Autoren über diesen Gegenstand die Alterationen der Stimme durch die Lepra wahrgenommen haben. M. stellt das Resultat seiner Beobachtungen in Form einer Tabelle zusammen und schliesst daran eine allgemeine Beschreibung des Krankheitszustandes. Bei der Knotenform der Lepra wird der Hals fast stets früher oder später ergriffen, selten bei der anaesthetischen Form der Krankheit und wohl nie bei der maculösen Form.

Die Störungen im Halse treten stets secundär nach der Hautaffection und gewöhnlich erst in einem vorgerückten Stadium der Krankheit auf. Die Stimme wird heiser und nasal, dann schrill und beschränkt sich schliesslich auf ein Flüstern. Stenosirung der Kehlkopföffnung verursacht Dyspnoe, die, da der Process sich sehr allmählich ausbildet, nur selten heftig ist, selten wird die Tracheotomie erforderlich. Ein plötzliches Oedem kann gelegentlich vorkommen. Ulcerationen treten leichter ein als auf der Haut, der Process der Knotenbildung ist weniger chronisch; Exacerbationen kommen vor.

Die Erscheinungen sind die einer heftigen allgemeinen Congestion. Später treten kleine rothe Papeln auf, welche die Grösse einer Erbse erreichen können; diese werden bald breiter und härter, und nehmen eine gelblich-weisse Farbe an.

Die zuerst ergriffenen Partieen sind die Follikel an der Zungenwurzel und im Pharynx; die Knötchen erscheinen an Zungenrücken und Wurzel, an Gaumensegel und Zäpfchen.

In Spanien war eine beträchtliche Hypertrophie der Uvula die Regel, in Norwegen war dieselbe gewöhnlich zu einem blossen Stumpf reducirt. Die hintere Pharynxwand ist gewöhnlich stark ulcerirt, die Geschwüre sind ungefähr kreisförmig, die Ränder nicht erhoben. Die Gaumenbögen sind gewöhnlich verdickt und prominent, besonders der hintere.

Die Epiglottis ist meist merklich verdickt, in Folge der tuberculösen Infiltration, mit oder ohne Oedem. In einem Falle war sie fortulcerirt. Die anderen Theile des Kehlkopfeinganges sind stark afficirt; Knötchen und Geschwüre werden auch auf den Stimmbändern bisweilen beobachtet, dadurch ist ihre Beweglichkeit beeinträchtigt. Die Structur der Theile geht schliesslich verloren, dadurch, dass sie mit einander völlig verschmelzen.

Lepraknötchen sind auch in Trachea und Bronchen, selten in den Lungen zu beobachten. Der Oesophagus bleibt frei, dagegen sind die Cervical- und Bronchialdrüsen in späteren Stadien oft vergrössert und indurirt.

Die Knötchen spriessen auch am Nasenseptum und an der äusseren Wand der Nasenhöhle auf und ulceriren rasch. Es tritt Nasenbluten auf, später perforirt die Nasenscheidewand und die knöchernen Theile können gänzlich der Zerstörung anheimfallen.

Der Schmerz ist bei diesem Leiden nur gering, oft besteht ein gewisser Grad von Anaesthesie. Die Veränderungen in den Krankheitserscheinungen sind abhängig von dem Druck der leprösen Neubildungen auf die Gefässe, Nerven und Schleimdrüsen, zwischen denen sie liegen. A. E. GARROD.

18) **Wm. S. Cheesmann. Das „Mundpaffen". (The „oral whiff".)** *N. Y. Medical Record. 3. März 1888.*

Der Name der Krankheit, den C. gebraucht, mag am besten seine Erläuterung finden, wenn wir einen seiner Fälle — er berichtet deren 5 — hier wiedergeben. Ein Patient, in vortrefflicher Gesundheit lebend, bemerkte nach einer grösseren Anstrengung, dass sein Athemgeräusch besonders bei der Exspiration aussetzte und bei jedem Herzschlag eine Art Stoss gab. Die ausgeathmete Luft kam, statt den Mund auf einmal in einem längeren und fortlaufenden Zuge zu verlassen, in einer Reihe paffender Geräusche, die man am richtigsten durch die Töne: huh, huh, huh, huh wiedergeben könnte. Diese waren bei Beginn der Exspiration am lautesten und wurden schwächer bis zu ihrem Schluss. Die Inspiration war ähnlich abgebrochen, aber die Unterbrechungen weniger markirt. Beruhigte sich die Herzaction, so wurde diese Athempulsation weniger und weniger bemerkbar, bis sie schliesslich aufhörte. Nach einem zweiten schnellen Gange wiederholte sich die Erscheinung genau so wie vorher. Dabei empfand der Pat. zu keiner Zeit Schmerz oder eine Kürze oder Erschwerung des Athmens. Die Untersuchung des Herzens liess absolut keine Unregelmässigkeiten entdecken; die Töne waren rein, an keiner Stelle der Brust ein Geräusch hörbar.

LEFFERTS.

19) **E. A. Valence. Chronische Entzündung der Parotis durch Bleivergiftung. (De la parotide chronique saturnine.)** *Thèse de Nancy. 1887—1888.*

Verf. stellt ein häufiges Vorkommen von Schwellung der Parotisdrüsen bei den Bleivergifteten fest. Er studirt diese Affection genauer und giebt die Resultate einer pathologisch-anatomischen Untersuchung einer Bleiparotis.

E. J. MOURE.

20) **Bilhaut. Dermoidcyste der Halsgegend; Enucleation, Heilung durch unmittelbare Vereinigung der Wundränder. (Kyste dermoide de la région du cou, énucléation, guérison par réunion immédiate.)** *Annales d'orthop. et de chir. pag. 276. Paris. 1888.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

21) **Tillaux. Tiefliegendes Lipom des Halses. (Lipome profond du cou.)** *Journ. de méd et de chir. prat. pag 106. 1888.*

Der im linken seitlichen Halsdreieck belegene Tumor war allmälig bis zu dem Grade gewachsen, dass er sich nach dem Pharynx hin erstreckte und eine derartige Hervorragung seitlich im Munde bildete, dass man ihn für einen retropharyngealen Tumor mit einer äusseren und einer inneren Abtheilung ansprechen konnte. Tillaux nimmt sich vor ihn zu entfernen. E. J. MOURE.

22) J. Bertin. **Erkrankungen der Halsdrüsen und Neuralgie des N. phrenicus und des Vagus in der Halsgegend als Zeichen eines Magenkrebses. (Des adénopathies cervicales et de la douleur des nerfs phrénique et pneumo-gastrique également à la région cervicale comme signes de cancer de l'estomac.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Erkrankungen der Halsdrüsen, besonders in der linken Subclaviculargrube, finden sich häufig in Fällen von Carcinoma ventriculi, ebenso der Schmerz des Phrenicus und Pneumo-gastricus in derselben Gegend. E. J. MOURE.

23) Hundington Richards, D. Bryson Delavan, J. W. Gleitsman. **Der Gebrauch des Cocain in der Laryngologie und Rhinologie. (The use of cocaine in Laryngology and Rhinology.)** *N. Y. Med. Journ. 29. December 1888.*

Die Autoren stimmen darin überein, dass manche Patienten bei der geringsten Berührung der Schleimhaut mit milden Lösungen von Cocaïn ohnmächtig werden. Es wird betont, dass schwache Lösungen einen ganz ebenso dauernden Effect haben als stärkere, nur dass der Effect langsamer zur Erscheinung kommt. Auch sollte dafür Sorge getragen werden, dass man nichts von der Lösung in den Larynx träufeln lasse und dass man die Oberfläche von dem von jeder Auftragung zurückbleibenden Cocaïn reinige, ehe man eine neue Pinselung vornimmt. Eine dauernde Wirkung gegen Entzündungen sei vom Cocaïn nicht zu erhalten, da seiner primären Wirkung eine Reaction folge, die sich in ganz anderer Richtung bewege. Als allgemeines Stimulans sei Cocaïn stets von einer starken Depression gefolgt. LEFFERTS.

24) R. O. Cotter. **Einige unerwünschte Wirkungen des Cocains. (Some unpleasant affects of cocaine.)** *Atlanta Med. Journ. Juli 1888.*

Verf. sah Ohnmachten und Herzschwäche von der Anwendung 10proc. Cocaïnlösungen bei Nasenoperationen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) J. M. Bleyer. **Zungen- und Kehlkopf-Hervorzieher zur gewaltsamen Ausübung der Laryngoscopie bei Kindern. — Mundsperrer und becherförmige Intubationsröhre mit metallener Vorrichtung zur Befestigung der Epiglottis. (Tongue and larynx tractor for the performance of forced laryngoscopy in children; mouth gag and cupped-out intubation tube with false metal epiglottis attachement.)** *Arch. Pediatrics Philad. Oct. 1888.*

Das in der Ueberschrift bezeichnete Instrument hilft den Larynx in die Höhe zu heben und auszudehnen; zu gleicher Zeit drückt es die Zunge herunter und zwingt auch die Epiglottis nach vorn gegen die Zungenbasis. Es gestattet so eine vollständige Besichtigung und ermöglicht Operationen im Innern des Larynx. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

## b. Nase und Nasenrachenraum.

26) **G. Zoia. Beitrag zur Anatomie des mittleren Nasenganges (Contribuzione all' anatomia del meato medio delle fosse nasali.)** *Arch. Internaz. di Laring. ecc. An IV. No. 1—2. Mailand 1888.*

Bei Untersuchung des mittleren Nasenganges bemerkte Z. über dem Infundibulum eine kleine Erhebung, die er als Promontorium bezeichnet. CARDONE.

27) **A. d'Ambrosio** (Neapel). **Bemerkungen über Rhinoplastik. (Nota sulla rinoplastia.)** *Medicin. Contemporanea. 15. Juni 1888.*

d'A. bespricht die Mängel der indischen Methode; dies sind die starke Spannung des Stiels, sein unangenehmes Hervorragen, die Nothwendigkeit ihn zu beschneiden, wenn der adhäsive Process vollständig ist, der Mangel der Regelmässigkeit in der Form der Nasenlöcher, die Schwierigkeit, die ganze Stirnwunde per primam zur Verheilung zu bringen und das Fehlen der Festigkeit der neugebildeten Nase.

d'A. schlägt folgende Modificationen vor:

1. Der Stirnlappen muss begrenzt sein durch einen kreuzförmigen Schnitt, dessen horizontale Zweige im Winkel gegen die Schläfe endigen. Der obere geradere Ast stellt die Zunge, der untere längere den Stiel dar.

2. Die Zunge muss weiter sein als bei der gewöhnlichen indischen Methode und der Stiel muss fast den inneren Augenwinkel erreichen. F. CARDONE.

28) **A. Scarenzio. Fall von totaler Rhinoplastik mit einem Haut- und Periostlappen. (Caso di rino-plastica totale a lembo cutaneo-periosteo.)** *Ann. Univ. di Med. et Chir. 270—271. 1888.*

Der Titel sagt alles. CARDONE.

29) **Kirmisson. Elephantiasis der Nase. (Eléphantiasis du nez.)** *Bullet. Med. No. 84. 1888.*

Verf. erwähnt in der chirurgischen Gesellschaft zu Paris, dass er einen Fall von Elephantiasis der Nase beobachtet hat, der seit 10 Jahren bestand; die Nase reichte bis auf die Unterlippe; die Ausschälung wurde nach der Ollier'schen Methode ausgeführt, die Heilung erfolgte rasch.

Die histologische Untersuchung erwies eine Hypertrophie der Talgdrüsen, Sclerose und eine Vermehrung der vasculären Elemente. E. J. MOURE.

30) **Le Dentu. Elephantiasis der Nase. Abtragung. (Hypertrophie éléphantiasique du nez. Décortication.)** *France médicale. 27. Oct. 1888.*

Verf. stellt einen Kranken vor, den er mit dem Messer operirt hat; die Vernarbung trat sehr schnell ein, die Blutung war nur gering. E. J. MOURE.

31) **Empis. Irrigationen von sehr heissem Wasser in die Nasenhöhlen als leichtes und sehr wirksames Mittel gegen schweres Nasenbluten. (Irrigation d'eau très chaude dans les fosses nasales comme moyen facile et très efficace contre les épistaxes graves.)** *Acad. de méd. de Paris. pag. 371. 1888.*

Die Ueberschrift zeigt, wovon die Rede ist. E. J. MOURE.

32) **J. J. Chisholm. Ein Fall von unstillbarem Nasenbluten. (Case of uncotrollable Epistaxis.)** *Maryland Med. Journ. 24. Dec. 1887.*

Der 16jährige Patient hatte als 1jähriges Kind einen Schlag auf die Nase erhalten und seither durchschnittlich 2 mal im Monat Anfälle von Nasenbluten, oft bis zum Ohnmächtigwerden gehabt. Die Behandlung scheint erfolglos geblieben zu sein. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **Hauchon. Irrigation von Citronensaft bei heftigem Nasenbluten. (Irrigation de jus de citron contre les épistaxes graves.)** *Bull. génér. de thér. 30. Oct. 1888.*

Verf. bestätigt Gesseuil's Beobachtungen über die Nützlichkeit dieses Mittels. — Ich habe es selbst mit vollem Erfolg seit jener Zeit verwandt.

E. J. MOURE.

34) **H. C. Shent. Noch ein Mittel zur Stillung des Nasenblutens. (And still another means for controling epistaxis.)** *Texas Courier Record of Medicine. Febr. 1888.*

Die neue Methode besteht in der Injection von verdünntem Apfel-Weinessig in beide Nasenlöcher. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **E. J. Moure** (Bordeaux). **Ueber atrophische Coryza [essentielle Ozaena]. (On atrophic coryza [essential ozaena].)** *Journal of Laryngology. November 1888.*

Der Artikel giebt eine treffliche kritische Uebersicht über die Ansichten der verschiedenen Rhinologen über diesen Zustand. Moure hält Zaufal's Theorie — die Theorie von der congenitalen Atrophie des unteren oder mittleren Muschelkörpers — für ganz unzureichend zur Erklärung der Productionen und der Zersetzungsprocesse, die sich bei der „essentiellen Ozaena“ finden. Theilweise stimmt er Fränkel darin zu, dass eine glanduläre Entzündung in der Bekleidungsmembran der Nasenhöhlen vorliegen und dass ein Microorganismus da sein muss, wie Löwenberg gezeigt hat, der die besondere Zersetzung der secernirten Flüssigkeit hervorruft. Die Abhandlung schliesst mit einigen trefflichen Winken für die Behandlung. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

36) **A. D. Williams. Schwund der Nasenmuscheln; eine unheilbare Krankheit. (Absorption of the turbinated bones an incurable disease.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. April 1888.*

Dieser Zustand spontaner Atrophie ist absolut unheilbar. Da es unmöglich ist, die gegenüberliegenden Flächen so aneinander zu bringen, dass die Membran feucht erhalten wird, ist jede Behandlung practisch ohne Werth.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **Sidney Ringer** und **William Murrell** (London). **Bemerkungen über paroxysmales Niessen. (Remarks on paroxysmal sneezing.)** *Brit. Med. Journ. 16. u. 23. Juni 1888.*

Die Autoren geben zuerst eine kurze Uebersicht über die Literatur dieses

Gegenstandes, sie führen dann Beispiele auf für die verschiedenen Arten von Reizen, die das Symptomenbild herbeiführen und erwähnen hierbei den Einfluss des Staubes gewisser Droguen und der Pollen der Gräser, thierischer Ausdünstungen u. a. m. Auch der Einfluss des Sonnenlichtes findet Erwähnung. Starke Anstrengung kann das Niessen auslösen und das Schlucken der Nahrung findet sich unter den von den Patienten angegebenen Ursachen.

Paroxysmales Niessen und Asthma stehen in naher Beziehung zu einander und in manchen Fällen sind beide bei demselben Individuum combinirt vorhanden.

In einigen Fällen ist fast die gesammte Passage der Nase, wie deutlich ersichtlich, Sitz des Kitzels, in manchen aber sind die afficirten Partien mehr umgrenzt.

Die Verf. führen Fälle aus 3 Generationen derselben Familie auf, die dazu dienen, das Vorhandensein einer erblichen Beziehung zwischen intermittirendem Niessen und Asthma zu zeigen; sie stellen fest, dass eine gewisse vage hereditäre Verwandschaft sich bisweilen zwischen paroxysmalem Niessen, Asthma, Migräne und andere Formen von Hysterie verfolgen lässt.

Gewöhnlich wechseln Niessparoxysmen und Asthma mit einander ab, sie kommen nicht zusammen vor. Das Niessen ist bisweilen bei Kindern das erste Zeichen für eine asthmatische Anlage. Wie das Asthma kann auch ein Anfall von Niessen bisweilen durch erregende Einwirkungen coupirt werden.

Die Verf. führen eine Anzahl sehr interessanter Beispiele zur Illustration der verschiedenen in der Abhandlung erwähnten Punkte auf.

Die Heilmittel können in 2 Categorien getheilt werden, die, welche den Paroxysmus schnell zu beendigen und andere, welche seinem Eintreten vorzubeugen suchen. In der ersten Classe ist nach der Meinung von R. u. M. Cocaïn bei weitem das beste; es kann sehr wirksame Anwendung finden in Form von Tabletten; entscheidende Beispiele, die den Werth des Mittels bezeugen, werden aufgeführt.

Scharfe Inhalationen, besonders Jod, sind für denselben Zweck dienlich; häufig dient auch das Rauchen dazu, die Anfälle abzukürzen. Starker schwarzer Kaffee, Salpeterpapier und manche andere Mittel sind ebenso wirksam.

Unter den Heilmitteln der zweiten Art empfehlen die Verf. die Jodide. Arsenik ist bei mancher Form von Niessparoxysmen nützlich, beim wahren Heufieber aber nicht.

Da in manchen Fällen der Zustand der Nasenschleimhaut von Polypen oder anderen krankhaften Anlagen bedingt wird, so müssen solche Ursachen aufgesucht und, wenn sie vorhanden, beseitigt werden.

Wenn starker Kitzel an einer besonderen Stelle besteht, gewährt das Auflegen von Aconitsalbe oft eine augenblickliche Erleichterung.

Es ist nicht möglich im Referat auf alle Punkte der interessanten Abhandlung hinzuweisen; wer Interesse für den Gegenstand besitzt, dem sei das Studium der Originalarbeit empfohlen A. E. GARROD.

38) **E. Crickmay** (Laxfield). *Lancet. 8. Oct. 1887.*
**R. Balfour-Graham** (Leven). „ *22.* „ „
**Clement Hailes** (Clifton). „ *22.* „ „
**D. M. Williams** (Liverpool). „ *22.* „ „
**F. R. C. S.** „ *5. Nov.* „
**Krampfhafte Niesanfälle. (Paroxysmal sneezing.)**

C. frägt um Rath für die Behandlung eines Falles vom krankhaftem Niesen bei einer Dame. B. G. empfiehlt 5 Tropfen Liq. arsenic. Dreimal täglich. H. empfiehlt dasselbe Mittel oder Jodarsen und locale Anwendung von

Morph. mur. 0,03.
Pulv. Gum. acaciae 2,0.
Bismuth. subnitr. 6,0.

W. empfiehlt, mittelst eines Kameelhaarpinsels eine kleine Menge von Fett etc. an die reizbare Stelle in der Nase zu bringen. F. R. C. S. empfiehlt die locale Anwendung von Vaselin oder concent. Campherspiritus in der Nase; wenn dies versagt, dann Tinct. opii local. Die Schleimhaut soll systematisch behandelt werden. A. E. GARROD.

39) **Lermoyez. Zur Pathologie des Heu-Asthma. (Sur la Pathologie de l'asthme de fois.)** *Ann. des maladies de l'oreille. No. 3. 1888.*

Der Schluss, zu dem der Verf. gelangt, ist der folgende:

Das wahre Heuasthma muss definitiv von der Classe der Reflexneurosen nasalen Ursprungs getrennt werden. Dreierlei Thatsachen scheinen für diese Auffassung zu sprechen.

1. Die Reflexneurosen nasalen Ursprungs bieten niemals die characteristische Periodicität einer Krankheit dar, die das befallene Individuum nur 2 Monate im Jahre trifft.

2. Die Nasenhöhlen der an wahrem Heuasthma leidenden Kranken sind in der sehr grossen Mehrzahl aller Fälle gesund. [? Red.]

3. In den seltenen Fällen endlich, in denen dies Leiden mit wahrnehmbaren Veränderungen in der Nase einhergeht, führt die Beseitigung dieser pathologischen Veränderungen niemals zum Verschwinden der jährlich wiederkehrenden Zufälle. [? Red.] E. J. MOURE.

40) **S. S. Bishop. Die Pathologie des Heufiebers. (The pathology of Hay fever.)** *Journal of Americ. Med. Assoc. 17. Mai 1888.*

Alle uns bekannten Thatsachen zwingen uns zu dem Schlusse, dass die Wucht der Zeugnisse zu Gunsten der Lehre spricht, die das Heufieber als eine reflectorische, functionelle, nervöse Erkrankung anspricht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **Guye** (Amsterdam). **Weitere Mittheilungen zur Aprosexia als Folge von nasalen Störungen.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 40. S. 215. 1888.*

Unter Aprosexia versteht G. die Unfähigkeit, seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Punkt zu lenken. Er unterscheidet eine physiologische, neurasthenische und nasale Form. Auf letztere hatte er im vorigen Jahre die Auf-

merksamkeit gelenkt und fügt nun 4 neue Fälle hinzu. Seine Behandlung stimmt im Allgemeinen mit der gewöhnlichen Behandlung der betr. Nasenkrankheiten überein. Er bevorzugt jedoch anscheinend Aetzungen der Muschel mit Argent. nitricum. In der Nase hatten die 4 neuen Fälle 1. Nasenrachen-Catarrh, Crista septi, adenoide Vegetationen. 2. und 3. Hypertrophie der unteren Muscheln und Adenoide. 4. Adenoide Vegetationen. B. FRAENKEL.

42) A. Ruault. **Der Glottiskrampf nasalen Ursprungs. (Le spasme glottique d'origine nasale.)** *Arch. de Laryngol. 15. Nov. 1888.*

Tumoren und Erkrankungen der Nase, besonders hypertrophischer Natur, können bei Erwachsenen und Kindern, namentlich bei prädisponirten Individuen, zu häufigen hartnäckigen Anfällen von Dyspnoë in Folge von Laryngospasmus und selbst zu allgemeinem Bronchialkrampf, ferner zu Sprachstörungen Anlass geben. Der Anfall wird mit Cocaïnpinselungen, Chloroform und im Nothfall durch die Tracheotomie zu behandeln sein. Die Behandlung der Krankheit selbst ist natürlich die Sorge für die intranasale Erkrankung. E. J. MOURE.

43) W. Spencer Watson (London). **Bemerkungen zu der operativen Entfernung der unteren Nasenmuschel mit illustrirenden Fällen. (Remarks on the operation of removal of the inferior turbinated body, with cases.)** *Medical Press and Circular. 19. Dec. 1888.*

Nachdem er über die Function des Os turbinatum inferius gesprochen, berichtet der Autor ausführlich über seine Anschauungen von der Methode der Operation und ihren Einzelheiten; er giebt der kalten Schlinge entschieden den Vorzug; aber das stellt er nicht klar genug fest, welcher Grad von Hypertrophie seines Erachtens die operative Entfernung nothwendig macht. Er giebt drei einschlägige Fälle im Detail: 1. Hypertrophie der Ossa turbinata sup. 2. Dasselbe im Verein mit Polypen und Gaumenspalte. 3. Hypertrophie und Cystenbildung in einem Os turbinatum inferius. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

44) J. Rosenthal. **Ueber die Deformationen der Nasenscheidewand und ihre chirurgische Behandlung. (Sur les déformations de la cloison du nez et leurs traitements chirurgicaux.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Verf. setzt die Natur, den Sitz und die Ursachen der Deformationen der Nasenscheidewand auseinander. Ein chirurgischer Eingriff ist erst, wenn physiologische Störungen vorliegen, erlaubt. Bei knöchernen oder knorpligen Spornen wird man mit Vorliebe die Operation mit der Bosworth'schen Säge vornehmen oder die Galvano-Punctur (Miot's Vorgehen). Bei den einfachen Deviationen (Verkrümmungen) wird man die Jurasz'sche Methode wählen, bei besondern Verhältnissen zum Meissel greifen müssen. E. J. MOURE.

45) G. Strazza (Mailand). **Ein seltener Fall von Tumor der Nasenscheidewand. (Un cas rare de tumeur de la cloison du nez.)** *Ann. des malad. de l'oreille. Dec. 1888.*

Nach einem Sturz auf die Nase entwickelt sich bei einem 4jährigen Kinde eine weiche nicht schmerzhafte Geschwulst der Nasenscheidewand. Nach ein

maligem Recidiviren, nach 2 Punctionen, bei denen sich eine röthliche Flüssigkeit entleerte, und wenig Störungen, erfolgte die Heilung. Es handelte sich nach der Meinung des Autors hier nicht um eine der verschiedenen beschriebenen Geschwülste, sondern vielmehr um einen Austritt von Lymphe in Folge des Traumas. E. J. MOURE.

46) C. Fenger. **Lebende und todte Osteome der Nase und ihrer Nebenhöhlen, illustrirt durch einen Fall von eingekapseltem Osteom der Orbita, ausgehend vom Siebbein. (Living and dead osteomas of the nasal and accessory cavities, illustrated by a case of encysted orbital osteoma originating in the ethmoid bone.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. August 1888.*

F. berichtet über seinen Fall und giebt im Anschluss daran ein Resumé des Gegenstandes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) C. S. Bacon. **Sarcom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *Journ. of Americ. Med. Assoc. 14. März 1888.*

Der Patient, ein 21jähriger Mann, hatte 2 Jahre früher einen Tumor im rechten Nasenloch bemerkt; derselbe wurde mehrmals entfernt; einmal wurde die rechte Art. carotis communis unterbunden, doch immer wieder bildete sich die Geschwulst. Noch einmal wurde sie entfernt und bis jetzt, 4 Monate nach der letzten Operation, ist sie nicht wiedergekehrt. Die Operation bestand im Herausmeisseln der Neubildung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) C. B. del Chiappa. **Ueber den diagnostischen Werth der hyalinen Kugeln des Rhinoscleroms. (Sul valore diagnostico dei considdetti globi ialini del rinoscleroma.)** *Opuscule Milan. 1888.*

Die Arbeit war mir nicht zugänglich. CARDONE.

49) A. Melle (Neapel). **Die Bacillen des Rhinoscleroms. (I bacilli del rinoscleroma.)** *Comp. rendu de l'Acad. Med. de Naples. 1888.*

Eine Arbeit, die durch die Neuheit der Beweisführung und durch die specielle Methode, die M. zur Darstellung der Bacillen des Rhinoscleroms gebraucht, sehr wichtig erscheint.

Seine Färbungsmethode hat den Vorzug, den Inhalt der hyalinen Zellen vollständig zu entfärben, dagegen die Bacillen, die sich ziemlich häufig in den Zellen finden, stark zu tingiren. Die Methode M.'s ist die folgende: Die Präparate werden für 10—15 Min. in eine Lösung von Gentianaviolett (2 Gramm auf 15 Cubikcentimeter absoluten Alcohol und 10 Cubikcentimeter destill. Wasser) gelegt; dann kommen sie sofort in eine Schale mit Lugol'scher Lösung, in der sie 2—3 Minuten bleiben, von da in Alcohol absol.

In diesem geben sie vollständig die Farbe ab, oder behalten noch eine ganz blasse Violettfärbung, welche erst ganz verschwindet, wenn man die Präparate 1—2 Min. in eine wässrige Lösung von Salpetersäure (30—40 auf 100) taucht und sie dann unmittelbar in absolutem Alcohol wäscht. Darauf werden sie 4—5 Min. in wässriger Safraninlösung gefärbt und im absolutem Alcohol so

lange gewaschen, bis sie alle überschüssige Farbe abgegeben haben. Sie werden schliesslich in Nelkenöl aufgehellt.

Die so erhaltenen Präparate zeigen die Bacillen in violetter Farbe auf rothem safraninfarbenem Grunde.

M. hat die von Cornil und Alvarez beschriebene ovoide Kapsel nicht beobachtet.

Er glaubt eine Analogie der Bacillen mit den Tuberkelbacillen annehmen zu dürfen wegen ihrer Widerstandskraft gegen die Mineralsäuren.

Schliesslich behauptet M., dass diese Bacillen die Hauptursache des Rhinocleroms darstellen, das in seiner Morphologie characterisirt wird durch Rundzellen und durch grosse hyaline Zellen mit netzförmigem Protoplasma, die diese Bacillen enthalten. CARDONE.

50) J. C. Peebles. **Fälle von Fremdkörpern in Ohr, Nase etc. (Cases of foreign bodies in the ear, nose etc.)** *Maryland Med. Journn. 18. Aug. 1888.*

Bericht über 5 Fälle. Nichts von speciellerem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) Coupard (Paris). **Ozaenaartige Zufälle verursachende Fremdkörper der Nasenhöhle. (Cuerpos extrannos en las fosas nasales que dan lugar á auidentes que simulan la ozena.)** *Boletin de Medicine y Ciurgia. August 1888.*

Einem $6^1/_2$jährigen Mädchen, das zweimal die Masern überstanden (mit $1^1/_3$ und 3 Jahren) und seit dem Alter von 11 Monaten an Verstopfung der rechten Nasenhöhle, Schnarchen und stinkendem Athem litt, weshalb man es verschiedentlich auf Ozaena behandelt hatte, zog Verf. mit einer Entenschnabelpincette ohne Mühe einen metallnen Rockknopf aus der Nase, worauf alle krankhaften Erscheinungen sogleich verschwanden. Trotz 5jährigen Liegenbleibens hatte der Fremdkörper keinerlei anatomische Veränderung hervorgerufen.

SENTINON.

52) Chauvel. **Zwei Fälle von später Extraction von Geschossen, die in Gesichtsknochen eingeschlossen lagen. (Deux cas d'extraction tardive de projectiles enclavés dans les os de la face.)** *Le Bulletin médical. 10. Oct. 1888.*

Es handelte sich um eine Gewehrkugel, die, nachdem sie die Nasenscheidewand durchschlagen, sich im Oberkiefer festgesetzt hatte, woselbst sie seit neun Monaten schwere Störungen hervorrief. Die Nase wurde abgelöst und das Projectil mit einer Kugelzange herausgezogen. Ausgenommen die Fälle von penetrirenden Wunden des Schädels, der Brust- oder Bauchhöhle ist Ch. Anhänger der sofortigen Extraction. E. J. MOURE.

53) E. Pierre. **Betrachtungen über das Vorkommen von Larven der Lucilia hominivora in der Nasenhöhle. (Quelques considérations sur la présence des larves de la lucilia hominivorax dans les cavités des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Die Lucilia-Larven führen besonders in Guyana zu einer schrecklichen Erkrankung, deren Diagnose möglichst schnell gestellt werden muss. Benzininhalationen stellen ein gutes diagnostisches Hülfsmittel und selbst eine Methode der

Behandlung dar. Wenn aber die Vertreibung der Larven infolge des Zustandes der Schleimhaut auf diese Weise nicht möglich ist, wird man Chloroforminhalationen vornehmen und wenn es nöthig, selbst zu chirurgischen Eingriffen seine Zuflucht nehmen müssen. E. J. MOURE.

54) **Todd. Larven in der Nase. (Larvae in the nostrils.)** *St. Louis Courier of Medicine. März 1888.*

Bericht über einen Fall. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **A. M. Powell. Myosis narium. (Myosis narium.)** *St. Louis Med. and Surg. Journ. 1888.*

Bericht über 2 Fälle; beide Patienten litten an chronischem Catarrh der Nase; beide waren im Freien eingeschlafen gewesen und erwachten durch das Summen einer Fliege in ihrer Nase. Die Krankheitssymptome entwickelten sich beidemal innerhalb 10 Tagen. Es erfolgte eine heftige Entzündung, die in beiden Fällen zur Zerstörung des Nasenrückens und der Nasenscheidewand führte. Verschiedene angewandte Substanzen hatten keinen Effect auf die Maden. Im ersten Fall wurde Chloroform in Milch in die Naslöcher injicirt; dies hatte den besten Erfolg, ohne jedoch die Würmer zu tödten; dieselben liessen nur ihren Befestigungspunkt los, lebten jedoch in kurzer Zeit wieder ganz auf. Im 2. Fall wurde eine Sublimatlösung angewandt zusammen mit Chloroform und Milch; die entfernten Würmer waren todt. Die Fliege, die die Larven abgesetzt hatte, ist die von Mackenzie als Sarcophaga beschriebene; es giebt wahrscheinlich 2 oder 3 verschiedene Arten derselben in den verschiedenen Erdtheilen. Die Larven wechseln in der Länge von $^5/_8$—$^7/_8$ Zoll und sind etwa $^1/_8$ Zoll dick. Sie bestehen aus Segmenten, die Zwischenräume sind erhaben wie die Windungen einer gewöhnlichen Holzschraube; daher ihr Name als „Schraubenwurm", unter dem sie in Texas und anderen Ländern bekannt sind; sie sind für unser Hausvieh und andere Thiere sehr verderblich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **P. Martin. Beitrag zum Studium der Tumoren der Stirnhöhlen. (Contribution à l'étude des tumeurs des sinus frontaux.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Der Autor befasst sich der Reihe nach mit den flüssigen und festen Tumoren der Stirnhöhle; er berichtet einen einzelnen Fall von Fibrosarcom dieser Region, den er beobachtet hat. E. J. MOURE.

57) **F. Pitiot. Ueber die Abscesse der Stirnhöhlen und ihre Behandlung. (Etude sur les abscès des sinus frontaux et leur traitement.)** *Thèse de Lyon. December 1888.*

Der Verf. giebt eine vollständige Geschichte der Krankheit und schlägt als Behandlung vor: Eröffnung des Abscesses, Drainage durch das Orificium frontale und das entsprechende Nasenloch, antiseptische Ausspülungen.

E. J. MOURE.

58) **C. J. Blake. Die Beziehungen adenoider Bildungen im Nasenrachenraum zur Production von Mittelohr-Erkrankung bei Kindern. (Relation of adenoid**

**growths in the naso-pharynx to the production of middle-ear disease in children.)** *Boston med. and surg. journ. 15. März 1888.*

Der Artikel schliesst sich an die von Dr. Hooper über die adenoiden Geschwülste im Pharynx in demselben Journal publicirte, von uns bereits erwähnte Abhandlung an.

83 pCt. der untersuchten Kinder boten eine deutliche Affection des Gehörs dar. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **Ledru. Polyp des Nasenrachenraums, Resection des Oberkiefers. (Polype naso-pharyngien, ablation du maxillaire superieur.)** Soc. de chirurgie de Paris. 4. Juni 1888.

Nichts Neues. E. J. MOURE.

## c. Mundrachenhöhle.

60) **Piering** (Prag). **Makrophthalmie, Mikroglossie und Palatoschisis.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 27. S. 554. 1888.*

Vorstellung eines 8 Tage alten Kindes mit den in der Ueberschrift genannten Missbildungen im Prager ärztlichen Verein. B. FRAENKEL.

61) **Championnière. Ueber die nach Operationen an Uterus und Eierstock beobachteten Reflexe, speciell über den Guttural-Reflex. (Réflexes observés après les observations utero-ovariennes et surtout du réflexe guttural.)** *La Prat. méd. 11. Juli 1888.*

Ch. beobachtete, dass Frauen nach Operationen an Uterus oder Ovarium ein fortwährendes Bedürfniss hatten, auszuspeien, in schweren Fällen selbst zu brechen. Das Ausspeien wird auch in gewissen Fällen im Beginn der Schwangerschaftsperiode wahrgenommen. Die besten Resultate hiergegen gab der Gebrauch von Morphium, Chloral und Bromkali vor und nach der Operation.

E. J. MOURE.

62) **J. Forcheimer. Krankheiten des Mundes. (Diseases of the mouth.)** *Arch. Ped. Philad. Sept., Oct., Nov. etc. 1888.*

Der Gegenstand wird in so ausführlicher Weise behandelt, dass ein kurzes Referat ihn nicht wiederzugeben vermag. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) **Boeckel. Seröse folliculäre Cyste des Unterkiefers mit Einschluss des einen Weisheitszahnes. (Kyste séreux folliculaire du maxillaire inférieur avec inclusion d'une dent de sagesse.)** *Gaz. méd de Strassbourg. 1. Mai 1888.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

64) **Chaintre. Intralabiales Epitheliom an der Oberlippe, ungefähr in gleicher Entfernung vom Lobulus und der rechten Commissur; die Geschwulst, die nicht ulcerirt ist, hat ihren Ausgang sehr wahrscheinlich von den tiefen Hautdrüsen genommen. (Epithelioma intra-labial siégeant sur la lèvre supérieure à peu près à égale distance du lobule et de la commissure droite. Tumeur non ul-**

**cerée, développée très-probablement dans les glands profondes de la peau.)** *Lyon méd. 24. Juni 1888.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

65) **D. W. Loney. Naphthol bei Stomatitis. (Naphthol in Stomatitis.)** *N. Y. Med. Record. 16. Juni 1888.*

Das Napthol ist in manchen Fällen von Stomatitis oder Halsschmerzen indicirt, wo ein zuverlässiges Antisepticum und Desinficiens angebracht ist; es hat den Vorzug, von nicht unangenehmen Geschmack und in seinen Allgemeinwirkungen auf den Organismus ungiftig zu sein. L. hat es auch bei Nasencatarrhen mit gutem Erfolge verwandt. Es soll für Mund und Hals als Wasch- oder Gurgelwasser Anwendung finden, in schwachen Lösungen auch als Nasenspray oder Douche. LEFFERTS.

66) **Alfred Lingard** (London). **Einige weitere Bemerkungen zur Aetiologie der ulcerativen Stomatitis oder des Cancrum oris. (Some further notes on the etiology of ulcerative Stomatitis or Cancrum oris.)** *Lancet. 28. Juli 1888.*

Eine bacteriologische Untersuchung dieser Krankheit. A. E. GARROD.

67) **Magitot. Zur Geschichte der Stomatitis ulcerosa oder ulcero-membranosa beim Erwachsenen. (Contribution à l'histoire de la stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse chez l'adulte.)** *Journ. des conn. méd. 13. Juli 1888.*

M. liefert zunächst eine Geschichte dieser Frage und berichtet dann einige Fälle, die beweisen sollen, dass diese Affection keineswegs, wie man anderweitig gesagt hat, stets contagiös ist, sondern häufig nur die Folge des Durchbruchs eines Weisheitszahns. E. J. MOURE.

68) **O. Caraffoli. Zwei Fälle von Noma nach Scharlach. (Due casi di noma consecutivo a scarlatti.)** *Plaisance, édit. Panari. 1888.*

Der Titel sagt genug. CARDONE.

69) **J. W. Gleitsman. Ein Fall von primärer Tuberculose der Mundhöhle. (A case of primary tuberculosis of the buccal cavity.)** *N. Y. Med. Journ. 29. Decbr. 1888.*

Dass der vorgestellte Fall wirklich eine primäre Tuberculose darstellt, ist unzweifelhaft; Lungen und Lymphdrüsen waren noch frei. Die Patientin war 14 Monate vorher in G.'s Behandlung gekommen; bis 2 Wochen vor der ersten Consultation hatte sie sich vollständig wohl befunden. Um diese Zeit bemerkte sie geringe Schmerzen beim Schlucken der Nahrung, besonders flüssiger. Die Antecedentien sowohl der Familie, als die persönlichen boten nichts Besonderes dar. Bei der ersten Untersuchung fand G. ein Geschwür von etwa Erbsengrösse an der Basis der Zunge nach der linken Seite zu. Bei der zweiten Visite applicirte er Milchsäure auf die ulcerirte Stelle, ein Medicament, das er als der erste in diesem Lande angewendet hat, und dessen Gebrauch er vornehmlich die Heilung der Patientin zuschreibt. Das Abkratzen der erkrankten Gewebe, das Aufstreichen von Acid. lacticum und bis zu einem bestimmten Grade die Galvanocaustik, dies waren die einzigen Maassnahmen, die er traf. Absichtlich hielt er

sich von jeder anderen Medication fern, in dem Wunsche, die allgemeinen und localen Phänomene in durch nichts alterirtem Zustande zu sehen. Das Geschwür am Zungengrunde erwies sich nur als der Anfang eines Processes, gegen den es zu kämpfen galt. Zunächst erschien eine tuberculöse Ulceration entlang dem Lig. aryepiglotticum. Er nahm sie, wie auch die frühere, mit dem scharfen Löffel und mit Milchsäure in Angriff. Wiederholte mikroscopische Untersuchungen der entfernten Masse zeigten unverändert die Anwesenheit von Tuberkelbacillen in grosser Zahl. In den ersten Tagen des vergangenen Juli war die primäre Ulceration an der Zungenbasis ausgeheilt, aber die Geschwürsbildung in der Epiglottisfalte hatte sich ausgedehnt und grosse Verwüstungen angerichtet. Etwas später bestand Schmerz in der linken Mandel und bei der Untersuchung fand sich eine tiefe schlaffe Ulceration in und um die Tonsille. Auch diese schabte G. aus und cauterisirte sie mit dem Galvanocauter. Darauf trat die Affection auf der lingualen Oberfläche der Epiglottis auf; einen Monat blieb diese in verdicktem ödematösem Zustande. Dann wurde, da die Scarification diese tuberculöse Infiltration nicht zu beseitigen vermochte, die ganze Zungenoberfläche der Epiglottis abgeschabt und damit der Process an dieser Stelle zum Stillstand gebracht. Am 1. October war der freie Rand des weichen Gaumens ulcerirt; nach der Cauterisation heilte er wieder. Demnächst erschien die Geschwürsbildung wieder in den ary-epiglottischen Falten, die Tonsillen wurden so rasch wie beim ersten Mal ergriffen und die Uvula erkrankte diesmal mit. Der Zustand der Kranken wurde sehr ernst, das Schlucken machte ihr grosse Schmerzen und der Arzt musste fast daran verzweifeln, ihr das Leben zu erhalten. Am 20. October schabte er, in dem Bewusstsein, dass jetzt die äussersten Maassnahmen gerechtfertigt seien, die Tonsillen fort, kratzte die anderen erkrankten Stellen trotz der heftigen Blutung mit dem scharfen Löffel aus und strich sehr energisch Milchsäure darauf. Als der durch die Milchsäure erzeugte Schorf nach wenigen Tagen abfiel, war er angenehm überrascht, darunter eine glatte, mit gesunden Granulationen bedeckte Oberfläche zu finden; der tuberculöse Process war vollständig abgeschlossen. Der Schmerz beim Schlucken hatte unmittelbar nach der letzten Operation aufgehört. Die entblössten Partien überheilten mit einem glatten Narbengewebe, ohne Buchtungen, mit nur wenigen Unregelmässigkeiten und Taschenbildungen. G. schreibt den Erfolg hauptsächlich der Wirkung der Milchsäure zu. Innere Medicamente waren nicht in Anwendung gezogen worden. Der Patient lebt zur Zeit in guter Gesundheit, ganz frei von irgend einem Anzeichen tuberculöser Erkrankung irgend eines Theiles. LEFFERTS.

70) **Conduit W. Cuttler. Gonorrhoische Infection des Mundes. (Gonorrhoeal infection of the mouth.)** *N. Y. Med. Journ. 10. Nov. 1888.*

Die unverehelichte J. C., 21 Jahre alt, erschien am 18. Juli in der New-York Dispensary mit folgender Erzählung:

Vor 10 Tagen hatte sie im Zustand der Trunkenheit den widernatürlichen Wünschen eines Matrosen nachgegeben und seinen Penis wiederholt in ihren Mund genommen. Am nächsten Morgen fühlte sie sich im Munde rauh und trocken, ihr Speichel hatte einen schrecklichen Geschmack. Am 2. Tage traten

leichte Schmerzen um die Lippen auf, der Zustand des Mundes blieb derselbe. Am 3. Tage waren Zahnfleisch und Zunge geschwollen und schmerzhaft und am 5. Tage war das ganze Innere des Mundes so intensiv entzündet, dass sie nicht im Stande war, zu essen; eine weissliche Flüssigkeit, untermischt mit Blut, die einen widerlichen Geruch und Geschmack besass, wurde abgesondert. Dieser Zustand dauerte fort, bis der Schmerz und die Unmöglichkeit, zu essen. sie dazu trieben, ärztlichen Rath im Krankenhause zu suchen. Bei der Untersuchung fanden sich die Lippen aufgesprungen und mit Herpes in allen Stadien der Entwicklung überdeckt. Die Schleimhaut der Lippen und Backen war verdickt, geröthet, stellenweise von Epithel entblösst und in kleinen Partieen mit einer Pseudomembran bedeckt, die leicht entfernt wurde und eine Excoriation der Oberfläche zurückliess.

Das Zahnfleisch war geschwollen und von den Zähnen zurückgezogen, es blutete leicht auf Druck. Die Zunge geschwollen, auf Berührung und Druck sehr empfindlich; sie konnte nur wenig hervorgestreckt werden und dies nur unter grossen Schmerzen und Anstrengungen. Die Oberfläche war roth, von einem glänzenden Schein, hier und da kleine oberflächliche Geschwüre, die einen dicken gelblichen Eiter absonderten. Der weiche Gaumen und der vordere Gaumenbogen sahen ebenfalls entzündet aus, aber über diese hinaus schienen die Theile wieder in normalem Zustand zu sein. Der Athem war äusserst unangenehm, obgleich die Salivation nur sehr gering war.

Die Secretion des Mundes bestand hauptsächlich aus Schleim, Eiterzellen und Epithelien, dazu eine grosse Menge Bacterien. Die Pseudomembran enthielt Microorganismen. die dem Gonococcus ähnlich waren, doch liess sich ihre Identität nicht völlig feststellen.

Der betr. Matrose gab offen zu, dass er eine heftige Attake von Tripper durchgemacht hatte und dass er in der Absicht, die Person nicht zu inficiren, seine widernatürlichen Forderungen an sie richtete. Sie hatte sich diesen Wünschen gefügt und sich infolgedessen eine purulente Stomatitis von wahrscheinlich gonorrhoischem Charakter zugezogen.

Die Symptome erfuhren eine wesentliche Erleichterung durch die locale Anwendung von Glycerin und Bismuthum subnitricum zusammen mit einem Mundwasser von Kali chloricum. Die Patientin entzog sich der Beobachtung, ehe die Heilung eine vollständige war. LEFFERTS.

71) **Le Dentu. Geschwulst des Mundbodens. Krebs des Zungenbeins. (Tumeur du plancher de la bouche. Cancer de l'os hyoide?)** Soc. de chirurgie Paris. 18. Juni 1888.

Nichts Besonderes. E. J. MOURE.

72) **J. Bland Sutton** (London). **Ueber einige Fälle von angeborenen Mundspalten. (On some cases of congenital fissures of the mouth.)** *British Journ. of dental Science. Februar 1888.*

S. bespricht in diesem Artikel die Verschiedenheiten der Hasenscharten bei Menschen und bei Thieren und die Art ihrer Entstehung. A. E. GARROD.

73) **D. Biondi. Hasenscharten und ihre Complicationen. (Fenditure labbiali e complicanze.)** *Giorn. Internaz. di Sc. Med. Mai 1888.*

B. giebt in seiner Arbeit die Resultate seiner Studien über den Sitz des Bildungsfehlers, den man gemeinhin als Hasenscharte bezeichnet. Der Autor hat zahlreiche gleiche Fälle dieser Missbildung pathologisch-anatomisch beobachtet und auch die embryonale Entwicklung der Oberlippe, der correspondirenden Partie des Kiefers und die Verhältnisse der Gaumennähte studirt.

Zum Schluss erörtert B. die Frage nach dem Ursprung und der Erblichkeit dieser Anomalie.

(Die Arbeit ist noch nicht vollständig veröffentlicht.) F. CARDONE.

74) **Suarez de Mendoza** (d'Angers). **Studien über die complicirte Hasenscharte. (Étude sur le bec de lièvre compliqué.)** *Bulletin général de thérap. 30. Aug. 1888.*

Bei den einfachen Formen räth Verf. zur frühzeitigen Operation, bei den schweren räth er, zu warten. Er empfiehlt die Methoden von Hérault, von Bouisson und seine eigene, die er die Methode mit den getrennten Lappen nennt. Sechs Figuren, nach Photographien angefertigt, geben einen Begriff von den Resultaten, die er erhält. E. J. MOURE.

75) **Wolff. Operation einer Lippen-Gaumenspalte bei einem 5monatlichen Kinde.** *Deutsche Med. Zeitung. No. 31. 1888.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

76) **Howard Marsh** (London). **Die Bedingungen des Erfolges bei der Operation der Gaumenspalten. (On the elements of succes in the operation for cleft palate.)** *Lancet. 7. Juli 1888.*

Wer für diese Operation Interesse hat, lese den Originalartikel nach.

A. E. GARROD.

77) **Lührmann. Behandlung der Gaumenspalten.** Dissertation. Bonn 1887.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

78) **M. Riva. Ein Fall von angeborener Perforation des Gaumens und Oberkiefers. (Un caso de perforacion congenita de la bóveda palatina y del maxilar superior.)** *Rev. med. farm. de Aragon. IV. 435. 1888.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

79) **Charles Williams** (Cornwall). **Ein bemerkenswerther Fall von wahrscheinlich krebsiger Erkrankung. (A remarkable case of probably cancerous disease.)** *Lancet. 17. November 1888.*

Betroffen waren die Unterlippe und submaxillare Drüsen; das ganze Interesse dreht sich um die Richtigkeit der Diagnose; aber gerade diese nimmt in einer Masse unwichtiger Details den geringsten Raum ein.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

80) **Leitartikel. Die Zunge als Führer zur Diagnose intracranieller Gefässverletzungen. (The tongue as a guide to the diagnosis of lesions of the intra cranial vessels.)** *N. Y. Med. Record. 11. Aug. 1888.*

Es handelt sich um eine Inhaltsangabe eines in der Union médicale vom 20. Mai 1888 veröffentlichten Artikels. Der Verf. verlangt eine genaue Inspection der unteren Zungenoberfläche bei alten Leuten und bei Personen mit lithaemischen Symptomen; er glaubt, hieraus oft Fingerzeige für die Diagnose cerebraler Circulationsstörungen und werthvolle Indicationen für die Behandlung gewinnen zu können. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **A. C. Bernays. Der Ursprung des Foramen coecum linguae, gezeigt durch eine Operation an einer seltenen Geschwulst der Zungenwurzel.** — Vorläufige Mittheilung. **(The origin of the foramen coecum linguae, as shown by an operation in a rare tumor of the root of the tongue.** — A preliminary note.**)** *St. Louis Medical and Surg. Journ. Oct. 1888.*

Die Patientin, ein 17jähriges Mädchen, hatte die Geschwulst etwa 6 Monate vorher zuerst bemerkt, dieselbe bereitete ihr Schwierigkeiten in der Aussprache und beim Schlucken; sie war unter dem Kinn gelegen; dehnte sich in den Mund hinein aus und war auf dem Zungenrücken an der Wurzel derselben zu sehen und zu fühlen. Es fand sich, dass der Tumor aus 2 gesonderten Theilen bestand, der untere von der Grösse eines kleinen Eies, der obere kirschgross. An der Oberfläche des letzteren war eine Depression in der Form eines Canals gegen $^1/_4$ Zoll tief, die mit dem Foramen coecum correspondirte. Die Oberfläche etwa der Hälfte der gesammten Circumferenz des oberen Lappens ragte in den Rachenraum und war mit der Schleimhaut der Zungenwurzel bekleidet, die andere Hälfte lag zwischen den Muskeln der Zunge. Unmittelbar angrenzend an dieses Gewebe und gerade darunter lag der grössere Lappen, genau in der Mittellinie, zwischen den Zungenmuskeln die Stelle des Septum einnehmend.

Die Geschwulst wurde durch Enucleation mit einer Incision, die sich vom Unterkieferrande bis zum Zungenbein hin erstreckte, entfernt. Die mikroscopische Untersuchung zeigte, dass es sich um nahezu normales Drüsengewebe der Schilddrüse handelte; die Geschwulst war demnach eine heterotopisch innerhalb der Zunge entwickelte Schilddrüse. Dieser Fall steht, soweit erinnerlich, allein da, obwohl Fälle von accessorischen Schilddrüsen sonst zahlreich genug sind. Betrachtet man die Entwicklung der Schilddrüse in Verbindung mit diesem Fall, so ist es klar, dass „die Annahme, dass das Foramen coecum morphologisch dem primären Ursprungspunkt des Schilddrüsenkörpers in der Pharynxschleimhaut homolog ist", gerechtfertigt ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **W. C. Caldwell. Pathologie und Behandlung der trocknen Zunge. (Pathology and treatment of dry tongue.)** *Chicago med. Journ. and Examiner. November 1888.*

Die Schlussfolgerung der Arbeit kommt darauf hinaus, dass bei fortdauern-

dem Fieber alle Medicamente, mag deren Werth auch fraglos sein, doch ohne den reichlichen Gebrauch von Wasser und Darreichung von schmack- und nahrhafter flüssiger Kost in kurzen Pausen nur von geringem Nutzen sind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) Ch. Bellamy. **Beitrag zur Frage der Behandlung der Krebse der Zunge im Allgemeinen und des Mundbodens im Besonderen. Vortheile der Entfernung des Knochens. (Contribution à l'étude du traitement des cancers de la langue en général et du plancher buccal en particulier. Avantages des sections osseuses.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Verf. räth, um die gründliche Operation zu erleichtern und den therapeutischen Erfolg durch Entfernung der gesammten Neubildung sicher zu stellen, die vorhergehende Resection des Kiefers nach Roux' Methode mit der Modification von Bichet auszuführen.

E. J. MOURE.

84) **Plücker** (München-Gladbach). **Ueber Hemiatrophie der Zunge.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1888.

Mittheilung eines Falles, in welchem eine halbseitige Atrophie des Unterkiefers und der linken Zungenhälfte als früheste Initialsymptome der Tabes gedeutet werden.

SEIFERT.

85) **E. H. M. Thijssen. Der hysterische Glosso-labial-Spasmus. (Spasme glosso-labial hystérique.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 24. 1888.*

Der Autor theilt 3 diesbezügliche Fälle aus der Klinik Charcot's mit. Im ersten Fall besteht eine wirkliche Facialisparalyse, wodurch von vornherein Hysterie ausgeschlossen werden könne. Die Diagnose wird dann auch auf eine Erkrankung der ganzen linken Capsula interna gestellt. Die zwei anderen Fälle betreffen hysterische Pseudofacialisparalysen, bei welchen der Glossolabialspasmus die Lähmung vortäuscht. Im letzten (3.) Fall ist der Spasmus so stark, dass die Macht über die Zunge verloren gegangen ist und diese contrahirt und ganz bewegungslos in der Mundhöhle liegt.

BAYER.

86) **Belin. Halbseitiger Glosso-labial-Krampf bei Hysterischen. (Hémispasme glosso-labié des hystériques.)** *Thèse de Paris.* H. Joure impr. 1888.

B. beschreibt dies Symptom, das man manchmal allein oder in Combination mit hysterischer Hemiplegie wahrnimmt. Der einseitige Glosso-labial-Krampf bietet viel Analogie mit der Facialislähmung dar; daher die Anschauung gewisser Autoren, die behaupten, dass bei hysterischer Hemiplegie die Lähmung sich auf das Gesicht ausdehnt.

Bis jetzt wenigstens ist Facialislähmung bei halbseitiger hysterischer Lähmung nicht constatirt worden. Umgekehrt hat man es, wenn man bei einem Hemiplegischen eine deutlich charakterisirte Facialislähmung constatirt, die zu gleicher Zeit mit der Lähmung der Extremitäten eingetreten ist, mit einer organischen Hemiplegie zu thun.

Die Sensibilität ist auf der spastischen Seite vermindert oder verschwunden.

E. J. MOURE.

87) **S. C. Busey. Neuralgie des Lingualastes des rechten Nervus trigeminus. (Neuralgia of the lingual branch of the right trifacial nerve.)** *Journ. of the Americ. medical Association. 17. Nov. 1888.*

B. erzählt von einem Fall, wo die Patientin 6 Jahre an acut einsetzenden Schmerzparoxysmen litt, die an der Wurzel der Zunge begannen und nach der rechten Seite hin ausstrahlten. Im Anfang war der Schmerz nur ein momentaner gewesen, nach einiger Zeit wurden die schmerzhaften Perioden häufiger und der Schmerz selbst nahm an Dauer und Intensität zu; jetzt hält er stets mehrere Stunden an. Während des Schlafes sind die Anfälle seltener und kürzer. Die Attaken werden ausgelöst durch Sprechen, durch Luftzug, der die rechte Gesichtshälfte trifft, durch Temperaturerniedrigung oder schlechtes Wetter, durch den Versuch, auf der rechten Seite zu kauen, und durch jede Bewegung der Zunge, die diese dem Gaumen nähert. Versuche, den Schmerz künstlich durch Reiben oder Kneifen der Zunge auszulösen, blieben vergeblich. Alle Medicamente, Climawechsel, Aenderungen des Aufenthaltsortes und der Lebensweise erwiesen sich als nutzlos. Die Jahreszeit scheint einen constanten und nie versagenden ätiologischen Einfluss auszuüben: die Anfälle beginnen stets im Herbst mit dem ersten kalten Tage. sie endigen mit dem Eintritt milder Witterung.

Cocaïn in 4proc. Lösung in der Verlaufsrichtung des Nervus lingualis applicirt, gewährte zuerst Erleichterung, aber auch dies war nur vorübergehend.

Der fortgesetzte Gebrauch von Morphin. sulfuricum 0,0075 Grm. genügend oft wiederholt, um den Schmerz zum Verschwinden zu bringen, wird jetzt versucht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **J. M. Blair. Verbessertes Instrument zum Herabdrücken der Zunge bei Kindern. (Improved tongue depressor for children.)** *N. Y. Med. Journ. 29. Dec. 1888.*

Dasselbe besteht aus einem flachen, leicht convexen Spatel; das freie Ende ist verkürzt und stark über die Fläche gebogen; es bildet einen stumpfen Haken, mit dem die Epiglottis nach vorwärts gegen die Zungenbasis gedrängt und zu gleicher Zeit die Zunge herabgedrückt werden kann.

B. empfiehlt das Instrument zum Gebrauch bei Kindern. LEFFERTS.

89) **F. Egidi** (Rom). **Die Hypermegalie des Zäpfchens und der hartnäckige Husten. (L'ipermegalia dell' ugola e la tosse ostinata.)** *Arch. Ital. di Laringol. Oct. 1888.*

Bei Betrachtung der verschiedenen Veranlassungen, die eine Vergrösserung des Zäpfchens mit sich führen, spricht E. von den Folgezuständen und inbesonderheit auch von dem häufigen und hartnäckigen nervösen Husten. Er berichtet selbst mehrere Fälle von Husten bei Hypermegalie des Zäpfchens, die ohne Erfolg nach den verschiedensten Methoden behandelt wurden; nach Amputation des Zäpfchens erfolgte prompte Heilung. F. CARDONE.

90) **E. C. Brush. Tonsillitis. (Quinsy.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. XX. (n. s.) 14. 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) A. Rousseau. **Beitrag zur Kenntniss der acuten infectiösen Mandelentzündung. (Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aigue.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Der Autor setzt die verschiedenen klinischen Erscheinungsformen der acuten Affectionen des Halses (Gaumensegel, Mandeln und Pharynx) auseinander. Er beschäftigt sich mit den Fällen, in denen eine primäre Angina vorliegt und die Erkrankung secundär sich auf den Allgemeinzustand oder auf ein oder mehrere Organe ausbreitete. Die Mandeln sind in diesen Fällen die Eingangspforte für die pathogenen Organismen. E. J. MOURE.

92) Balrue. **Ueber die Hypertrophie der Mandeln. (De l'hypertrophie des amygdales.)** *Thèse de Paris. 1888.*

In seiner sorgfältig gefertigten Arbeit über diesen Gegenstand studirt B. nacheinander die verschiedenen Mandelhypertrophieen; er betont die Schwellung des adenoiden Gewebes am Zungengrunde (4. Mandel). Nach einem Vergleich zwischen der Tonsillotomie und der Ignipunctur räth er zu dem letzteren Behandlungsverfahren. Es schliessen sich mehrere Beobachtungen an. E. J. MOURE.

93) H. Gache. **Behandlung der Mandelhypertrophie mit dem Thermocauter. (Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la thermo-cautérisation.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Verf. betrachtet die verschiedenen gegen Hypertrophie der Mandeln in Gebrauch gezogenen Behandlungsweisen und giebt dem Thermocauter in Anbetracht der Leichtigkeit seiner Handhabung und verschiedener sonstiger Vortheile den Vorzug. — Nichts Neues. E. J. MOURE.

94) Le Gendre. **Hypertrophie der Mandeln. (De l'hypertrophie de l'appareil amygdalien.)** *Union méd. 1. Oct. 1888.*

Eine erschöpfende Studie über die Frage selbst und über die Behandlung. E. J. MOURE.

95) M. Valat. **Behandlung der Mandelhypertrophie durch die Ignipunctur. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipunctur.)**

Nachdem Verf. die Häufigkeit dieser Krankheit constatirt, giebt er einen geschichtlichen Abriss ihrer Behandlung und rühmt die Ignipunctur, die mit der feinsten Spitze des Thermocauters ausgeführt wird. Die 2mal wöchentlich vorgenommene Procedur kann 5 Wochen für grosse Mandelschwellungen dauern, für solche, die die Gaumenbögen nicht überschreiten, nur 2 Wochen. E. J. MOURE.

96) S. S. Bishop. **Ein verbessertes Tonsillotom und ein Nasenspeculum. (An improved tonsillotome and a nasal speculum.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 22. Sept. 1888.*

Ersteres ist so construirt, dass es mit einer Hand gehandhabt werden kann. Letzteres giebt gutes Licht und ist selbsthaltend. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) Poncet. **Grosses Adeno-Chondrom des Gaumensegels. Tod durch Asphyxie. (Adéno-chondrome volumineux du voile du palais. Mort par asphyxie.)** *Gaz. des hôp. 19. Juni 1888.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

98) **Trélat. Epitheliom des Gaumenbogens und der Mandel. (Epithélioma du pilier et de l'amygdale.)** *Gaz. des hôp. 25. Juli 1888.*

Anlässlich eines Kranken, der an einem Epitheliom der linken Seite der Zunge litt, das den Gaumenbogen und die Mandel ergriffen hatte, erinnert der Verf. an die Gefahren einer Operation. Dennoch hat er die Absicht, die Operation vorzunehmen; er will zuerst die erkrankten Drüsen entfernen und, wenn nöthig, die Tracheotomie machen, die Carotis externa unterbinden und den Unterkiefer reseciren. E. J. MOURE.

99) **Cavazzani. Drei Fälle von Epitheliom des Pharynx, der Mandeln, des Mundes und der Zunge, operirt und geheilt. (Tre casi di epitelioma della faringe, tonsille, piano della bocca e lingua operati e guariti.)** *Rivista veneta di sc. med. 382—395. 1888.*

Der Titel sagt Alles. CARDONE.

100) **Zemann** (Wien). **Ein Fall von acuter infectiöser Pharyngitis.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte am 9. März 1888. *Anzeiger vom 22. März 1888.*

Z. erwähnt im Anschluss an die Demonstration dieses Präparats, dass diese Krankheit den Anatomen schon lange bekannt ist, dass jährlich 4—5 Fälle im allgemeinen Krankenhause zur Section kommen, dass sie aber wegen des raschen Verlaufes den Klinikern eine exacte Diagnose sehr schwer mache. CHIARI.

101) **Albert J. Beehag** (Edinburgh). **Die Behandlung des Rachencatarrhs. (The treatment of pharyngeal catarrh.)** *Brit. Med. Journ. 29. Sept. 1888.*

B. unterzieht die Behandlung der verschiedenen Formen von Rachencatarrh einer ausführlichen Besprechung. Ein auf die Einzelheiten ausgehender Auszug der mannigfachen Behandlungsweisen, die er unter den verschiedenen Bedingungen empfiehlt, würde uns zu weit führen und ein kurzer Abriss hat keinen Zweck. Wir müssen daher jeden, der sich für den Gegenstand interessirt, auf das Original verweisen. A. E. GARROD.

102) **G. Alvarez** (Madrid). **Die Pharyngitis granulosa und ihre wirksamere Behandlung. (La faringite granulosa e la sua cura piu efficace.)** *Arch. Internaz. di Laringologia ecc. An IV. No. 3—4. 1888.*

Klinische Betrachtungen über einige mit Vortheil nach der Krishaber-schen Methode behandelte Fälle. CARDONE.

103) **Townsend Porter. Chronische Pharyngitis. (Chronic pharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 3. Oct. 1888.*

P. zeigt durch vivisectorische Experimente an zwei Katzen der Gesellschaft, dass durch Application von Kälte auf das Abdomen eine Blässe der Schleimhaut der Trachea eintritt. Diese Experimente wurden zuerst von Rossbach (Würzburg) ausgeführt. [Was hat der Titel mit dem Inhalt zu thun? Hier muss wohl ein Irrthum vorliegen. Vgl. Referat 210 dieser Nummer. Red.] LEFFERTS.

104) A. Korezki (Petersburg). **Moorbäder bei localen tuberculösen Processen und bei Syphilis. (Grjasoletscheni u primenenie ego k mestnim bugorkow. proces. u syphilisu.)** Petersburg, Verlag von Rikker. 1888.

Eine balneo-therapeutische Broschüre, in der die Moorbäder von Mainack (in der Krimm) unter anderem auch gegen syphilitische Erkrankungen des Pharynx empfohlen werden. LUNIN.

105) Dumon. **Vollständige Verwachsung des Velum palatinum mit der hinteren Rachenwand. (Complete adhesion of the velum palati to the posterior pharyngeal wall.)** *Canadian Practitioner. Januar 1888.*

Nicht zu erhalten. A. E. GARROD.

106) Lober. **Beitrag zum Studium der Pharynxmycose. (Contribution à l'étude de la pharyngomycose.)** *Bullet. méd. du Nord. No. 6. Juni 1888.*

L. theilt die Resultate der mikroskopischen Untersuchung von Stoffen mit, die von Dr. Wagnier im Niveau der Epiglottistaschen entnommen worden waren. Ueberall fand er Mikroben mit Epitheltrümmern vermischt.

Es sind dies längliche Bacillen, die man nur bei einer 800fachen Vergrösserung sieht. Er sah auch Rasen von Lepthotrixfäden und sehr schöne Zoogloeamassen. L. neigt zu der parasitären Theorie. E. J. MOURE.

107) G. Allexich. **Retropharyngealabscess in Folge von Caries der ersten Halswirbel. (Ascesso retro-faringeo dovuto a carie delle prime vertebre cervicali.)** *Crème. 1888.*

Der Titel sagt alles. CARDONE.

108) Fenwick. **Retropharyngeale Tumoren. (Retropharyngeal Tumors.)** *N. Y. Med. Record. 3. Nov. 1888.*

Nach einem kurzen geschichtlichen Resumé über die Operation dieser Geschwülste und einer Beschreibung einiger Operationsmethoden (Cheever-Czerny) schildert F. seine eigene Operation; er macht einen Bogenschnitt ziemlich genau der Linie des Kieferwinkels folgend. In 2 Fällen war die Operation leicht; es wurden keine wichtigeren Gefässe oder Nerven durchtrennt, mit Ausnahme des N. facialis in dem einen Falle. Die Blutung war in beiden Fällen äusserst unbedeutend. LEFFERTS.

109) Carle (Turin). **Resection des Pharynx. (Resezioni del faringe.)** *Acten der Akad. f. Medicin in Turin. Riforma Medica. 1888.*

C. stellt zwei Patienten mit Carcinom des Pharynx vor, an denen er die Resection des Pharynx nach einer eigenen Methode ausgeführt hat. Er macht einen ersten Schnitt vom Ohrläppchen in verticaler Richtung bis zum M. sternocleido-mastoideus und führt einen zweiten Schnitt parallel dem unteren Kieferrande. Hierauf führt er die Resection und Exarticulation des Unterkiefers aus.

Auf diese Weise erhält man eine genügend grosse Wundöffnung zur Ausführung der Operation; nach der Heilung ist keine grosse Deformität und ein Schluss der Kiefer vorhanden. CARDONE.

110) **Taugin. Temporo-occipitaler Kopfschmerz im Gefolge von Affectionen des Pharynx und des Ohres. (De la cephalie tempero-occipitale consécutive aux affections du pharynx et de l'oreille.)** *Thèse de Bordeaux. 1888.*

Nichts Neues; einfache Erörterung über den augenblicklichen Stand der Frage. E. J. MOURE.

111) **P. Masucci** (Neapel). **Beitrag zum Studium der Störungen, die das Bild der Ménière'schen Krankheit vortäuschen können. (Contributo alla casuistica delle alterazioni che pottono simulare il morbo de Ménière.)** *Giorn. Internaz. di Sc. Med. Mai 1888.*

Beim Bericht über einen klinischen Fall dieser Art, spricht M. besonders von der Pharyngitis mit Ausbreitung auf die Eustachischen Röhren, welche durch eine Reflexwirkung die ganze Symptomengruppe eines vom Labyrinth ausgehenden Schwindels hervorruft. CARDONE.

## d. Diphtheritis und Croup.

112) **Abraham Jacobi** (New-York). **Bemerkungen über die Natur und die Behandlung der Diphtherie. (Remarks on the nature and treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 22. Sept. 1888.*

Nachdem er über die Natur der Erkrankung gesprochen, legt der Autor darauf Nachdruck, dass die Diphtherie nicht de novo durch schlechte Luft erzeugt werden kann, wie sehr diese auch durch Schwächung des allgemeinen Gesundheitszustandes ihr Entstehen begünstigen mag. — Das Krankheitsgift haftet leicht auf Wundflächen. — Die Beziehung der Diphtherie zu anderen Infectionskrankheiten zeigt sich in der Thatsache, dass sie mit jenen manche Symptome und Localisationen gemein hat.

Verf. führt darauf aus, dass der Charakter der Membran zum grossen Theile von der Localität abhängig ist und illustrirt diese Behauptung. — Membranöser Croup ist einfach eine localisirte Diphtherie des Larynx. — Es kann vorkommen, dass suppurative Vorgänge gleichzeitig mit Diphtherie bestehen. — J. giebt der Meinung Ausdruck, dass die membranöse Halserkrankung bei Scharlach eine wahre Diphtherie ist und belegt diese Ansicht mit Gründen; ebenso dass manche Fälle von sogenannter folliculärer Tonsillitis diphtherischer Natur sind. Grossen Werth legt Verf. auf die Abwesenheit einer Temperaturerhöhung als auf den Beweis eines nicht diphtheritischen Processes.

Eindringlich hebt J. den Werth der Präventivbehandlung hervor; als Medicin hält er Eisenperchlorid, Kali chloricum als Adjuvans für geeignet. Absolute Ruhe und Fernhalten aller deprimirenden Eindrücke sind sehr wichtig; ein Stimulans für das Herz sollte frühzeitig gegeben werden; auch Alcoholica sollen bald gereicht werden. Mercur ist vielleicht das werthvollste innere Medicament, besonders als Quecksilberbichlorid.

Es ist unmöglich, alle die werthvollen Bemerkungen des Autors in einem kurzen Auszuge wiederzugeben. A. E. GARROD.

113) **Petit. Der Ursprung der Diphtherie aus der Luft. (L'origine ariaire de la diphthérie.)** *Revue d'hygiène. Juni 1888.*

Die Ueberschrift sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

114) **P. Huguenin. Beitrag zur Kenntniss der infectiösen diphtherischen Myocarditis. (Étude sur la myocardite infectieuse diphthérique.)** *Revue de méd. Oct. 1888.*

Es ergiebt sich aus der Arbeit dieses Forschers, dass die Läsionen des Myocards unabhängig von den Nerven sind. Der Herzmuskel und die Gefässe werden direct von dem infectiösen Agens betroffen ohne Vermittelung der Nerven. Es handelt sich also nicht um degenerative Vorgänge in den Muskeln in Folge einer Veränderung der Vorderhörner, sondern um eine wahre infectiöse Myositis des Herzmuskels. E. J. MOURE.

115) **C. H. Hughes** und **A. Fuhrmann. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Weekly Med. Review. 14. Januar 1888.*

Im Verlaufe einer Discussion gemachte Bemerkungen. — Nichts von Bedeutung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **S. H. Bond. Diptherie. (Diphtheria.)** *Weekly Med. Review. 7. Januar 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) **E. Anderson. Croup und Diphtherie. (Croup and diphtheria.)** *Maryland Med. Journ. 7. Juli 1888.*

Verf. glaubt, dass, je jünger der Patient, um so mehr der Kehlkopf geneigt sei, von der Affection ergriffen zu werden, und dass daher die Meinung stamme, dass Croup und Diphtherie nicht identisch seien, während sie es doch in der That sind. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **J. L. Latimer. Ein Fall von Diphtherie. (A case of diphtheria.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 4. Febr. 1888.*

Das Kind genas, ohne Operation, nach wiederholten Erstickungsanfällen; der gute Erfolg wurde auf Rechnung von localen Applicationen von Bromkali und Kalkwasser gesetzt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **J. L. Baird. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 5. Nov. 1887.*

Bericht über einen Fall. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **Roulin. Bemerkungen, betreffend die Behandlung der Diphtherie durch die antiseptischen Cauterisationen. (Note au sujet du traitement de la diphthérie par les cautérisations antiseptiques.)** *L'Union médicale. 4. Dec. 1888.*

Verf. erkennt die Vorzüge der Gaucher'schen Methode an, aber er hält die Cauterisation für zwecklos, da er zu dem gleichen Resultat gekommen ist, wenn er blos die Gurgelungen mit Natrium carbolicum anwendete. E. J. MOURE.

121) **J. R. Bramwell. Papoid bei der Behandlung der Diphtherie. (Papoid in treatment of diphtheria.)** *Amer. Journ. of Obstetrics. Vol. XXI. p. 835.*

B. bespricht 6 Fälle, in denen Papoid in 5proc. glyceriniger und wässriger Lösung angewendet wurde. Papoid auf die diphtherischen Membranen gebracht, ist ein sicheres und nützliches Mittel. Es besitzt starke antiseptische Eigenschaften. Die Temperatur fällt rapide, zugleich verschwindet die Membran, ein Beweis für die schnelle Resorption und Ausscheidung des Giftes.

In Folge der schnellen Lösung der Membran verschwinden auch die Phänomene der Blutvergiftung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **Geay. Die Behandlung der Diphtherie mit Natron benzoicum. (Le traitement de la diphthérie par le benzoate de soude.)** *Gaz. hebd. des Scienc. méd. de Bordeaux. 2. Oct. 1888.*

Die von Dr. Brandel aus Algier empfohlene Behandlungsmethode hat dem Verf. überraschende Resultate ergeben:

1) Natr. benzoic. 3,0—5,0,
Salep gummos. 150,0
1 Esslöffel stündlich (Tag und Nacht) in Suppe zu nehmen.
2) Einstäubungen stündlich (Tag und Nacht) zu wiederholen mit
Natr. benzoic. 10,0,
Aq. destill. 100,0.
3) Dämpfe von Acid. carbol.,
Terpentinessenz.
4) Milch, Fleischbrühe, Chinin etc. E. J. MOURE.

123) **J. H. Frintnight. Localbehandlung der Diphtherie. (Local treatment of diphtheria.)** *Arch. Ped. Philad. Oct. 1888.*

F. empfiehlt Natriumhyposulphit innerlich und local in Form eines Spray. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) **Goldschmidt. Der Gebrauch von Eisenperchlorid gegen die Diphtherie. (De l'emploi du perchlorure de fer contre la diphthérie.)** *Bulletin général de Thérap. 15. Juli 1888.*

Abgesehen von den gewöhnlichen hygienischen Massnahmen beschränkt sich Verf. darauf, nasale Irrigationen und Abspülungen mit Eisenperchlorid anzuordnen, ohne jedesmal die Pseudomembranen abzureiben. Er lässt die Kranken einen Kaffeeelöffel der Schaller'schen Lösung 2stündlich nehmen. Die guten Wirkungen des Eisenperchlorids sind nur auf die directe Wirkung desselben auf die Pseudomembranen zu beziehen; darum ist es zwecklos, dasselbe anzuwenden, so lange die Affection eine rein laryngeale ist. E. J. MOURE.

125) **D. S. Valdegania. Pilocarpin bei Diphtherie. (Empleo de la pilocarpina en la difteria.)** *Rev. méd. de Chile. Dec. 1887.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

126) **Jac. Munk** (Duna-Szerdahely, Ungarn). **Angina diphtheritica mit Creolin geheilt.** *Internat. klin. Rundschau. No. 38. 1888.*

M. bepinselte 2mal täglich den Rachen mit starken Creolinlösungen und

liess dann schwache Ausgurgelungen vornehmen. In 6 Tagen erfolgte Heilung. M. erzielte früher mit Carbollösungen dieselben Erfolge, giebt aber dem Creolin wegen seiner Ungiftigkeit besonders in der Kinderpraxis den Vorzug. CHIARI.

127) **John Raye** (Chatham). **Practische Beobachtung über die Behandlung der Diphtherie während der jüngsten Epidemie. (Practical observations on the treatment of diphtheria during a recent epidemic.)** *Med. Press and Circular. Aug. 1888.*

Die Arbeit enthält einen Bericht über die während einer Diphtheritisepidemie befolgte Behandlung. A. E. GARROD.

128) **W. Kurtschinksi. Zur Therapie der Diphtheritis. (K therapii diphtherita schab.** *Wratsch. No. 8 u. 10. 1888.*

Liquor ferri sesquichlorati 2,5, Glycerin. 15,0, Aq. dest. 180,0 von $^1/_2$ bis 1 Theelöffel 2stündlich hat dem Verf. bei Diphtherie sehr gute Dienste geleistet; von 56 starben 6 und davon hatten 5 das Mittel nicht regelmässig gebraucht. Dasselbe Mittel soll auch bei Angina catarrhalis und bei Ang. scarlatinosa ausgezeichnet wirken. LUNIN.

129) **Elwert** (Reutlingen). **Ein vorzügliches Mittel bei Diphtherie.** *Med. Corresp.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 38. 1888.*

Calomel 1: Amylum 2—3 soll 3—4mal am Tage, Nachts einige Male mit einem Federpinsel auf die kranken Partien gebracht werden. SEIFERT.

130) **Heubner** (Leipzig). **Ueber die Scharlachdiphtherie und deren Behandlung.** *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. No. 322. 25. Oct. 1888.*

H. hält es für nothwendig, verschiedene klinische Formen der Scharlachdiphtherie zu unterscheiden, ungefähr der 4. Theil seiner Fälle gehört einer leichteren Form an, die am 1., 2. oder 3. Tage der Krankheit in ähnlicher Weise wie die lacunäre Tonsillitis auftritt und meist am Ende der ersten Woche abgelaufen ist. Die übrigen $^3/_4$ bilden die schweren Fälle, durch welche hauptsächlich die Gefahr des Scharlachfiebers (mehr als durch die Scharlachnephritis) bedingt wird. Bei dieser Form können zwei Verlaufsweisen, eine acute, stürmische und eine mehr lentescirende unterschieden werden. Bei der ersteren tritt um den 4. oder 5. Krankheitstag der eigentliche entzündliche Gewebsbrand auf, bei der letzteren zeigt sich die Schwere der diphtheritischen Erkrankung erst Ende der ersten oder Anfang der zweiten Krankheitswoche in dem erneuerten Fieber, erheblicher Anschwellung der Lymphdrüsen am Unterkiefer und Verschlechterung des Allgemeinbefindens.

Die Behandlung besteht in der methodisch fortgesetzten Einspritzung von 3—5proc. Lösungen von Carbolsäure in das Gewebe der Tonsillen und des weichen Gaumens. Die Einspritzungen (jedesmal $^1/_2$ Spritze in je eine Hälfte des weichen Gaumens) hat täglich 2mal, in schlimmeren Fällen auch öfter zu geschehen. Das Fieber und das Verhalten der Lymphdrüsen sind der beste Massstab für den Zeitpunkt, wo mit den Einspritzungen wieder aufgehört werden darf. SEIFERT.

131) **Rieck** (Schönberg). **Zur Diphtheriebehandlung mit Hefe (Fermentum cerevisiae) nach Dr. Heer.** *Deutsche Medic. Zeitung No. 101. Dec. 1888.*

R. weist darauf hin, dass die von Heer (s. Referat in Jahrgang V, p. 336, des intern. Centralbl.) empfohlene Behandlung der Diphtherie nicht neu sei, und nach den modernen Anschauungen als eine „Gegeninfection" angesehen werden müsse. SEIFERT.

132) **Pauli** (Lübeck). **Behandlung der Diphtherie mittelst Hydrotherapie im Lübecker Kinderhospital.** *Therapeut. Monatshefte. No. 12. 1888.*

P. empfiehlt auf Grund seiner im Lübecker Kinderhospital an 117 Kindern mit der Hydrotherapie bei Diphtheritis gemachten Erfahrungen diese Behandlungsmethode sehr lebhaft. Es werden die Kinder bis zum Verschwinden der Membranen fast ununterbrochen in Schweiss gehalten mittelst Einschlagen des ganzen Körpers in Priessnitz'sche Umschläge bei reichlicher Zufuhr von Flüssigkeit und kleinen Dosen Kali chloricum. Das Allgemeinbefinden der Kinder wird durch eine solche Behandlung nicht alterirt. Gegen Heruntersteigen der Affection in den Larynx schützt diese Methode nicht immer. Gestorben sind 14 Kinder, also 12,75 pCt., während die Mortalität in der Stadt im gleichen Zeitraum 17,05 pCt. betrug. SEIFERT.

133) **Davis. Beitrag zum Studium der Behandlung der Diphtheritis etc. (Contribution à l'étude du traitement de la diphthérie etc.)** *Thèse de Paris. 1888.*
E. J. MOURE.

134) **J. M. Gibbes. Diphtherie und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Therapeutic. Gazette. 15. Oct. 1888.*

G. empfiehlt Eucalyptol. Unter 146 in dieser Weise behandelten Fällen hatte er nur einen Todesfall. Man thut die Blätter in ein Gefäss kochenden Wassers unter einem über dem Patienten ausgespannten Zelt. Eine Localbehandlung ist nicht nothwendig. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

135) **Martinez Vargas** (Granada). **Therapie der Diphtheritis. (Terapeutica de la difteria.)** *Revista de med. y cir. prácticas. Oct. u. Nov. 1888.*

Zusammenfassende Darstellung nordamerikanischer Arbeiten über den Gegenstand. SENTINON.

136) **Paterne. Antiseptische Inhalationen bei Behandlung der Diphtherie. (Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphthérie.)** *Bullet. génér. de thérap. 15. Oct. 1888.*

P. giebt ein Resumé seiner Arbeit über diesen Gegenstand, um zu beweisen, dass die Inhalationen bei Behandlung der Diphtherie sehr grosse Vortheile darbieten. E. J. MOURE.

137) **Mercier. Häutige Angina; Heilung derselben in 48 Stunden durch Chloral. (Angine couenneuse, sa guerison en 48 heures par le chloral.)** *Répertoire de thérap. 9. Aug. 1888.*

Der Titel nennt die angewandte Methode, die in dieser Uebertreibung wenig Vertrauen einflösst. E. J. MOURE.

138) **S. Boldero. Die Diphtheritis und ihre Behandlung. (La diphthérie et son traitement.)** *Union méd. de Canada. Mai 1888.*

Nicht erhältlich. A. E. GARROD.

139) **Coté. Behandlung der Diphtheritis. (Traitement de la diphthérie.)** *Union méd. de Canada. März 1888.*

War nicht aufzutreiben. A. E. GARROD.

140) **J. A. de Armond. Die Diphtherie und ihre Behandlung. ((Diphtheria and its treatment.)** *Medical Brief. Dec. 1888.*

Empfehlung von Wasserstoffperoxyd local angewendet, innerlich Natriumchlorate und Benzoate und zum äusserlichen localen Gebrauch Terpentin und Speck. Brennender Schwefel im Krankenzimmer ist auch von Nutzen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

141) **G. R. Eakind (Victoria). Erfolgreiche Behandlung der Diphtherie. (Successful treatment of diphtheria.)** *Australian Med. Gaz. Mai 1888.*

E. beschreibt ein Behandlungssystem, bestehend aus einer localen Behandlung mit Liquor ferri perchlorid. fort., gemischt mit einer gleichen Menge Wasser, einmal applicirt; einem schweflige Säure enthaltenden Gurgelwasser und einer Allgemeinbehandlung mit Eisen und Ueberernährung; E. hat diese Methode mit grossem Erfolge angewandt. A. E. GARROD.

142) **X. Natur und Therapie der Diphtherie. (Natura e terapia della difterite.)** *Riforma Medica. 16. Oct. u. folgende Nummern. 1888.*

Ein Resumé der Gedanken von A. Jacobi, die bereits wiederholt im Centralblatt mitgetheilt wurden. CARDONE.

143) **Gaucher. Behandlung der Diphtherie durch antiseptische Cauterisation. (Traitement de la dipthérie par les cautérisations antiseptiques.)** *La Semaine Médicale. 14. Nov. 1888.*

Verf. theilt der medicinischen Gesellschaft der Krankenhäuser von Paris die Resultate mit, die Dr. Dubousquet mit der Cauterisation und Carbolbespülung erhalten hat. Die so behandelten Fälle zusammen mit den seinigen haben eine Mortalität von nur 5 pCt. ergeben. E. J. MOURE.

144) **Geo. E. Hubbard. Localbehandlung der Diphtherie mit Vleminck'scher Lösung oder Calciumsulphurat. (The local treatment of diphtheria by Vleminck's solution or sulphuret of calcium.)** *N. Y. Medical Record. 15. Decbr. 1888.*

H. schreibt: Ich gebrauche jetzt die klare, unverdünnte Lösung mittelst eines Sprays, halbstündlich, bis man die Krankheit in der Gewalt hat, später in längeren Pausen. Bei jungen Kindern mag es das beste sein, zuerst der Lösung ein wenig Wasser zuzusetzen, bis man sicher ist, dass sie die zarte Schleimhaut nicht reizt; aber ich habe sie fast ohne Ausnahme rein angewandt und habe dabei so ausgesprochene Erfolge erzielt, dass ich jetzt kein anderes Mittel mehr local applicire. LEFFERTS.

145) **Robert W. Parker** (London). **Einige streitige Punkte in der Behandlung der Diphtherie. (Some moot points in the treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 22. Sept. 1888.*

P. erörtert in dieser Abhandlung die mannigfaltigen localen und operativen Massnahmen, die bei der Behandlung der Diphtherie zur Anwendung gekommen sind. Von ersteren bespricht er die starken Aetzmittel, die Sprays, Irrigation und Einpulverungen; unter den letzteren erörtert er die Intubation und die Tracheotomie. Was die Tracheotomie anlangt, so giebt uns P. die Resultate seiner Erfahrung sowohl betreffs der Operation selbst, als über die Art der am besten zu gebrauchenden Canüle, die Zeit wann operirt werden soll und über die Frage, ob die prophylactische Tracheotomie je berechtigterweise in Vorschlag zu bringen ist, sowie das Croupzelt.

P. fordert zu einer Discussion über diese Punkte auf. An der Discussion, zu der die Arbeit Anlass gab, betheiligten sich Dr. Ranke, Prof. Gairdner, Dr. Sp. Cameron, Mr. Lennox Browne, Dr. Robertson und Dr. Renfrew.

A. E. GARROD.

146) **R. A. Patterson. Neue Behandlung der Diphtherie. (New treatment of diphtheria.)** *Virginia Med. Mouthly. Sept. 1888.*

Die Methode besteht in stündlicher Verabreichung einer Mixtur aus Kali chloric., Tinct. ferr. chlorat. und verdünnter Salzsäure neben localer Pinselung mit einem Fluidextract aus Pinus canad. und Carbolsäure.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

147) **Palardy. Dritter und vierter Beitrag zur Behandlung der Diphtheritis. (Troisième et quatrième étude sur le traitement de la diphthérie.)** *Union medical du Canada. II. 16. u. 175. 1888.*

Nicht zugänglich. A. E. GARROD.

148) **H. H. Hunt. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Boston med. and surg. Journ. 28. Juni 1888.*

H. empfiehlt die Darreichung von Alcohol in jedem Falle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

149) **Ranzier. Ein Fall von Croup bei einem 3jährigen Kinde. — Intubation. — Tracheotomie etc. (Un cas de croup chez un enfant de trois ans. — Tubage. — Trachéotomie etc.)** *Gaz. hebd. de Montpellier. 26. Mai 1888.*

Man sieht aus der Ueberschrift, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

150) **J. R. Uhler. Tracheotomie und Intubation. (Tracheotomy and intubation.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 14. Jan. 1888.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS)

151) **C. A. Jennings. Die Tracheotomie bei Laryngitis pseudomembranacea. (Tracheotomy in pseudomembranous laryngitis.)** *Journ. of American Med. Association. 1. Dec. 1888.*

Wenn die croupöse Erkrankung Erwachsene befällt, ist die Tracheotomie die gewöhnliche Operation; bei Kindern aber, die nicht im Stande sind, für sich

selbst die Operation zu fordern, fällt die Entscheidung Freunden und Angehörigen zu, die oft nur ungern die Verantwortung übernehmen. J. hat 37 primäre Tracheotomien mit 18 Heilungen und 5mal secundär nach der Intubation — unter diesen heilte keine — die Operation ausgeführt. 19mal nahm er die Intubation vor, darunter 2mal mit Ausgang in Heilung. Die Intubation ist vorzuziehen: 1) bei Kindern unter 18—20 Monaten, 2) in allen Fällen, in denen die Exsudation muthmasslich auf den Larynx und den oberen Theil der Luftröhre beschränkt ist, 3) wenn die Absicht nur ist, für Euthanasie zu sorgen. Die Tracheotomie ist auszuführen, wenn 1) die Membranen sehr ausgedehnt sind und 2) die Operation aus irgend einem Grund unterlassen worden ist, bis der Patient erschöpft und cyanotisch oder moribund ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) Arnozan. **Ein neuer Fall von Chloroformnarcose während einer wegen Croup ausgeführten Tracheotomie. (Nouveau cas d'anesthésie chloroformique pendant une trachéotomie faite pour le croup.)** Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux in: *Journ. de méd. de Bordeaux. 22. Juli 1888.*

Die Operation wurde an einem Kinde mit glücklichem Erfolge von Dr. Monod ausgeführt. E. J. MOURE.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

153) J. Sommerbrodt (Breslau). **Ueber das Verhalten des Kehlkopfs beim sogenannten Bauchreden.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 14, S. 279. 1888.*

An dem Bauchredner Meyer aus Hamburg beobachtete S., dass beim Bauchreden die Stimmbänder eine Stellung einnehmen, wie beim Falset, d. h. dass ein Pressverschluss stattfindet, der die hinteren zwei Drittheile der Glottis schliesst und am Mitschwingen verhindert. B. FRAENKEL.

154) Mina S. Minovici. **Gerichtlich-medicinische Studie über den plötzlichen Tod nach Schlägen auf den Bauch und den Kehlkopf. (Étude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups sur l'abdomen et le larynx.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Ein plötzlicher Tod kann nach Schlägen, die den Larynx treffen, eintreten. Es existirt in solchem Falle keine wahrnehmbare Läsion bei der Autopsie. Das Phänomen ist nur durch die Theorie der Inhibition zu erklären, die ihren Ausgangspunkt in der peripherischen Reizung hat. Die Kehlkopfgegend ist in dieser Beziehung mit einer ganz besonderen Empfindlichkeit begabt. E. J. MOURE.

155) Benjamin Howard (New-York). **Eine neue und zugleich die einzige Methode zum Aufrichten der Epiglottis." (A new and only way of raising the epiglottis.)** *Brit. Med. Journ. 17. Nov. 1888. Med. Press and Circular. 7. November 1888.*

Die Epiglottis ist ein Factor von vitaler Bedeutung, besonders seit Einführung der Anaesthetica. Die gegenwärtig festgehaltenen Anschauungen werden von H. als folgende aufgeführt:

1. Sobald tiefe Bewusstlosigkeit sich zu dem Zustande der Insensibilität vertieft, welcher Apnoë genannt wird, fällt die Epiglottis nach hinten und verschliesst die Glottis.

2. In diesem Zustande muss das Erste in der Reihe dessen, was zu thun ist, und das Wichtigste die Aufrichtung der Epiglottis sein, denn ohne sie ist die Respiration, ob natürlich oder künstlich, unausführbar und ein tödtlicher Ausgang unvermeidlich.

3. Der einzige Weg, wie die Epiglottis gehoben werden kann, ist der mittelst der Zunge; mit dem Vorziehen der Zunge wird zugleich die Epiglottis nach oben gezogen.

Lister scheint in diesem Punkte einigen Zweifel gehegt zu haben; er vermuthete, dass die Epiglottis nicht sowohl durch Zug, als durch Reflexthätigkeit in Folge der Reizung der Zunge durch die Zange gehoben werde; allein sonst sind die oben dargelegten Ansichten wohl allgemein acceptirt.

Nach jahrelang fortgesetzten sorgfältigen Untersuchungen und Experimenten bringt Howard jetzt gewisse Thatsachen, die er unter folgenden Capitelüberschriften aufführt:

1. Der Effect des Zuges an der Zunge; was wird durch diesen bewirkt und was wird nicht durch ihn bewirkt?

2. Ein neuer und der einzige Weg die Epiglottis aufzurichten.

3. Einige andere wichtige Veränderungen in der Beziehung gewisser Theile der oberen Luftwege zu einander, herbeigeführt durch eine Haltung, die er als „Complete Extension von Kopf und Hals“ bezeichnet.

H. zeigt, dass beim Ziehen der Zunge die angewandte Kraft sich nur ausbreitet a) auf das Zungenbändchen, b) auf den Unterkiefer durch Vermittlung der Muskelbündel, c) auf die vorderen Gaumenbögen. Infolgedessen wird und kann die Epiglottis auf diese Weise nicht aufgerichtet werden.

In ausführlicher Weise setzt Howard auseinander, wie das Lig. hyoepiglotticum, der Körper des Zungenbeins und die Mm. genio-hyoideus und mylohyoideus eine Verbindungskette bilden zwischen Unterkiefer und Epiglottis. Darum wird nach seiner Ansicht die Epiglottis sofort und vollständig gehoben durch Extension von Kopf und Hals. Bei dieser Haltung ist auch der ganze Rachenraum in seiner Ausdehnung vergrössert und noch eine andere Gefahr für die Athmung, die des Zurückfallens der Zunge, verhütet.

H. giebt folgende Regeln für die Ausführung der vollständigen Extension von Kopf und Hals: „Man greife mit der einen Hand unter das Kinn, mit der andern auf den Scheitel und ziehe den Kopf ruhig aber fest nach hinten und unten. Der Hals wird die Bewegung theilen, die so lange fortgesetzt werden muss, bis die äusserst mögliche Extension von Kopf sowohl wie Hals erreicht ist.“

Die in der wichtigen und hervorragenden Arbeit ausgedrückten Anschauungen werden durch ein Paar beigegebene Figuren verdeutlicht.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

156) **Sénac-Lagrange. Physiologische und pathologische Zustände des Kehlkopfs und ihre allgemeine Behandlung. (Des espèces laryngiennes physiologiques et pathologiques et de leur traitement général.)** *Annal. des malad. de l'or. Mai und Juni 1888.*

Verf. betrachtet die characteristischen Formen bei einigen besonderen Entzündungen des Larynx (arthritische, syphilitische, tuberculöse). Er studirt die Beziehungen zwischen dem physiologischen und dem pathologischen Zustande und sucht die functionellen Störungen mit den materiellen Veränderungen in Einklang zu bringen, und verfolgt erstere bei der Entwicklung der Krankheit. Die schlechte Darstellung erschwert das Verständniss der Arbeit. E. J. MOURE.

157) **Hiéro Stoessel. Schusswunde des Larynx.** — Aus der Klinik des Prof. Weinlechner. **(Plaie du larynx par arme à feu.** — Cas observé à la clinique du Prof. Weinlechner.) *Ann. des malad. de l'oreille. No. 6. Juni 1888.*

Bei einem 28jährigen Manne, der einen Gewehrschuss in die Cartilago thyroidea erhalten hatte, musste eine Canüle in die Wunde eingelegt werden, um dyspnöische Anfälle zu verhüten. Es bildeten sich narbige Stränge und eine nahezu vollständige Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes. Die Canüle wurden entfernt und der Kranke tracheotomirt; darauf wurde durch die künstliche Oeffnung die Dilatation vorgenommen. Bei der Untersuchung des Larynx öffnete sich die Glottis in ausgiebiger Weise, aber der Schluss war ein sehr unregelmässiger. E. J. MOURE.

158) **Th. Heryng. Necrotische Phlegmone des Kehlkopfs und ihre Beziehungen zu erysipelatöser Angina. (Phlegmon nécrotique du larynx et ses rapports avec l'angine erysipélateuse.)** *Thèse de Paris. 1888.*

Eine sehr seltene Affection von wahrscheinlich infectiöser Natur. Ihre Beziehung zum Kehlkopferysipel ist nicht hinreichend erwiesen. Sie kann mit einer phlegmonösen Angina beginnen, einen subacuten Verlauf nehmen, auf eine Hälfte des Larynx beschränkt bleiben oder den ganzen befallen und dadurch zu einer gefährlichen Stenose führen. Die Affection kann aber auch heilen ohne zu functionellen Störungen seitens des Kehlkopfes geführt zu haben. E. J. MOURE.

159) **Gouguenheim** und **Tissier. Pseudopolypöse Larynxphthise. (De la phthisie laryngée pseudopolypeuse.)** *Ann. de l'oreille. Juli 1888.*

Die Autoren beschreiben die im Verlauf der Kehlkopftuberculose zur Beobachtung kommenden knopfförmigen Wucherungen als specielle Form der Krankheit. Nichts Neues.

Wenn man jede Läsion eines so vielgestaltigen Leidens als neue Form beschreibt, so ist es leicht, die Anzahl dieser Formen zu vergrössern. E. J. MOURE.

160) **Heryng. Die Heilbarkeit der Kehlkopfschwindsucht und ihre Behandlung. De la curabilité de phthisie du larynx et son traitement.)** Paris und Brüssel. Uebersetzt von Dr. Scheffers-Lüttich. 1888.

Es handelt sich um eine mit Anmerkungen versehene Uebersetzung des bekannten Werkes. E. J. MOURE.

161) **J. Solis Cohen (Philadelphia.) Strictur des Larynx bei ausgedehnter Narbenbildung nach Tuberculose. (Stricture of the larynx with extensive cicatrisation from tuberculosis.)** *Internat. Journ. of med. Sciences. Dec. 1888.*

Der Fall hat ein bedeutendes Interesse. Als der Patient sich zum ersten Male vorstellte, war er 45 Jahre alt. Seine Vorgeschichte wies einen Anfall von Halsschmerzen im Jahre 1871 auf, gefolgt von einem Abscess im Halse: die Stimme war damals nicht afficirt. 1883 hatte Patient Bronchitis im Gefolge von Coryza. 1886 erkrankte er acut am Dysphonie und Dysphagie, die unter einer allgemeinen Behandlung nachliessen; die Stimme wurde wieder normal. Im September 1887 ein weit heftigerer Anfall von ähnlichem Character; im Mai war die Stimme wieder fast ganz normal. Etwa Mitte Mai verschlimmerte sich der Schmerz wieder und die Stimme wurde schlecht, seitdem war Pat. nie ganz frei von Heiserkeit. Als Knabe hatte Pat. sich nie an Spielen betheiligen können, die Laufen erforderten; auch seine Frau sagte aus, dass er kurzathmig war und eine schwache Stimme hatte, seit sie ihn kannte. Innerhalb 6 Monat hatte Pat. 24 Pfd. Gewicht verloren. Im Mai 1887 begann er nach den Angaben seiner Frau mit Schwierigkeiten zu athmen und hatte beim Schlucken von Flüssigkeiten Erstickungsanfälle.

Die Untersuchung des Halses ergab folgendes Resultat: An der Wurzel der Uvula, $^1/_2$ Zoll an jeder Seite sich auf den weichen Gaumen entlang erstreckend, war eine blasse bilaterale symmetrische Narbe zu sehen, in der Raphe breit, nach beiden Enden hin allmälig zugespitzt, dem Aussehen nach syphilitischen Narben gleichend. Die Epiglottis fehlte, der narbige Stumpf bot dasselbe schimmernde Aussehen dar wie der Gaumen. Der Larynx schien über und über bedeckt von einer dicken straffen Membran, nur eine birnenförmige Oeffnung war in der Mitte freigelassen.

Der Fall wurde in diesem Stadium als congenitale Syphilis angesprochen, obgleich deutliche Zeichen eines Lungenleidens vorlagen. In dem Diaphragma selbst war keine Spur von Narbenbildung zu entdecken.

Die Strictur wurde anfänglich mit Schroetter's Bougies erweitert und schliesslich ein grosser Theil der verschliessenden Membran, die sehr dick war, herausgeschnitten. Die Untersuchung dieser zeigte sowohl Riesenzellen wie zahlreiche Tuberkelbacillen.

Nach der Resection der Membran zeigte sich, dass der eigentliche Larynx das gewöhnliche Aussehen der Tuberculose darbot. Dieser erlag der Pat. am Ende. Der durch die Entfernung des Diaphragma im Kehlkopf geschaffene Raum zeigte nie eine Tendenz zur Schrumpfung, obgleich seine Ränder vernarbten.

M'BRIDE.

162) **W. Briggs. Syphilitische Kehlkopfentzündung, drohende Suffocation; allgemeine tertiäre Erscheinungen. Tracheotomie. Heilung. (Syphilitic laringitis, threatening suffocation, general tertiary manifestations; tracheotomy, recovery.** *St. Louis Med. and Surg. Journ. April 1888.*

Die hauptsächliche Bedeutung des Falles liegt in der bedeutenden und schnellen Besserung nach der Tracheotomie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

163) **Ch. Ozanam. Kehlkopf- und Luftröhrenpolypen, anfänglich durch die natürlichen Wege entfernt. Heilung. (Polypes du larynx et de la trachée-artère exstirpées une première fois par les voies naturelles; guérison.)** *Tribune méd. 13. Mai 1888.*

Verf. exstirpirte bei einem 9jährigen Kranken 2 papilläre Geschwülste unterhalb der Glottis mit Hilfe des Polypotoms nach Art der Guillotine. Ein erstes Recidiv an derselben Stelle machte 6 Monate später die Laryngotomie nöthig. Neunzehn Monate darauf wurde ein grosses Papillom, das zwischen den beiden Stimmbändern in dem vorderen Theile gelegen war, mittelst zweier von Ozanam angegebener Instrumente entfernt: Ein Messer mit halbmondförmiger Schneide und ein System gekrümmter Zangen mit concavem Rand und gelenkigen Enden. Bromkali wurde 5 Wochen hindurch genommen. Vollständige Heilung.

E. J. MOURE.

164) **R. Norris Wolfenden (London). Angiome des Kehlkopfs. (On angiomata of the larynx.)** *Journ. of Laryngology. Aug. 1888.*

W. führt ein Beispiel dieser seltenen Erkrankung bei einem 44jährigen Manne vor; der Patient, der eines Kehlkopfcatarrhs wegen das Hospital aufsuchte, wusste anzugeben, dass dieselbe schon 20 Jahre bestand; es waren Theile mittelst Galvanokaustik, Zange und Schlinge zu verschiedenen Zeiten entfernt worden; eine zweite Geschwulst an der entgegengesetzten Seite war ersichtlich weit später als die erste erschienen. Die Stimme war noch bis zuletzt ganz klar; der Kranke litt an Nasenbluten.

Das Laryngoscop zeigte einen breiten, hellrothen Tumor, auf die Oberfläche und am Rande des rechten Taschenbandes gelegen und zwar die hinteren $^2/_3$ derselben einnehmend, dergestalt, dass er das Stimmband vollständig verdeckt hielt mit Ausnahme des vorderen Drittels. Das Stimmband bewegt sich unter der Geschwulst ganz frei und hat ein normales Aussehen. Die zweite Geschwulst liegt am vorderen Ende des linken Stimmbandes, augenscheinlich das Taschenband noch leicht berührend; sie ist hellroth, sehr klein.

W. giebt im Anhange eine Liste der in der Literatur angeführten Beispiele dieser Tumoren.

A. E. GARROD.

165) **J. Baratoux. Palliative Behandlung des Kehlkopf- und Rachen-Epithelioms durch Tinct. Thuyae occidentalis. (Traitement palliatif de l'epithélioma du larynx et du pharynx par la teinture de Thuya occidental.)** *La pratique méd. 12. Juni 1888.*

In Fällen von malignen Neubildungen des Kehlkopfs und Rachens erzielte Verf. durch innerliche Anwendung von Thuyatinctur oder einer alcoholischen Lösung (20 Tropfen auf 3 oder 4 Gramm), ferner durch Aufstreichen oder Einpulverungen desselben Mittels ausserordentliche Erfolge. Bei malignen Neubildungen der Nase und des Ohrs hat er nicht dieselben guten Erfolge zu verzeichnen gehabt.

E. J. MOURE.

166) **Girode. Kehlkopfkrebs; plötzliche Zufälle von Asphyxie, welche die Tracheotomie nothwendig machen. Vorherbestehen einer Obstruction der Trachea und**

**der Bronchien mit reichlicher eitriger Secretion; dieselbe verschwindet sofort nach der Operation. Terminale Pneumonie. Histologische Verbindung von Polyadenomen, die nach dem Typus gruppenweiser Schleimdrüsen angeordnet sind, mit einem Epitheliom mit Zellnestern. (Cancer du larynx, accidents asphyxiques rapides ayant nécessité la trachéotomie. Préexistence d'un encombrement de l'artère trachéo-bronchique d'une secrétion purulente abondante, qui s'élimine sitôt après l'operation. Pneumonie terminale. Assiociation histologique de polyadenomes à type de glandes muqueuses en groupe et d'un epithélioma, lobules à globes epidermiques.)** Société anatomique. 15. Juni 1888.

Der Titel giebt ein genügendes Bild des Inhalts. E. J. MOURE.

167) **J. G. Hyndman. Pathologie des Kehlkopfkrebses. (Pathology of cancer of the larynx.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 23. Juni 1888.*

Die pathologische Natur krebsiger Neubildungen im Larynx unterscheidet sich in nichts von der der Carcinome irgend einer anderen Stelle des Körpers. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

168) **W. B. Bannerman (Mandalay). Ein Fall von Epitheliom des Kehlkopfs, complicirt mit Kropf. Tod durch Ersticken in Folge Berstens eines Abscesses. (Case of epithelioma of larynx, complicated with bronchocele, death from suffocation due to bursting of an abscess.)** *Brit. Med. Journ. 22. Sept. 1888.*

Der Patient war ein 38jähriger Goorkha-Soldat, der seit einigen Jahren an Bronchitis litt. Im August 1887 begann sein Halsleiden: im October bemerkte er eine Schwellung vorn am Halse. Bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus im December war er sehr kurzathmig, die Athmung war stertorös, besonders im Schlafe, die Stimme heiser und schwach. Die Expectoration war reichlich, schaumig, zuweilen zeigten sich Blutstreifen in dem Sputum. Die Diagnose wurde auf Bronchocele, mit Druck auf Trachea, Oesophagus und die Nn. recurrentes laryngis gestellt. Eine laryngoscopische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden, da sich in dem Feldbesteck kein Laryngoscop befand. Die Behandlung bestand in Darreichung von Brom- und Jodkali innerlich und Einreibung von Quecksilberjodidsalbe äusserlich. Während der nächsten 10 Tage veränderte sich die Geschwulst sehr; sie zog sich von dem Schildknorpel zurück und legte sich mehr zwischen Ringknorpel und Sternum. Es fand sich jetzt, dass die Flügel des Ringknorpels stark ausgeweitet waren, als ob ein Theil von innen her dränge; der linke Seitenflügel war in eine kleine harte Geschwulst eingelagert. Jetzt liess sich auch eine laryngoscopische Untersuchung erreichen und es fand sich ein Tumor von der Grösse einer kleinen Murmel von hellrother Farbe und blumenkohlartigem Aussehen, der mit breiter Basis auf dem linken Taschenbande aufsass. Die linke Seite der Epiglottiswurzel war auch mithineinbezogen und man sah noch eine zweite Geschwulst unter der Cartilago arytaenoidea. Die Diagnose lautete auf Epitheliom.

Es wurde die Tracheotomie vorgeschlagen, aber man hielt es für besser, den Kranken zuvor nach Calcutta zu bringen, da die Umgebungen nicht günstig

für die Operation waren. Doch wenige Tage vor Abgang des Dampfers fand man den Pat. todt im Bette.

Es wurde nur eine Untersuchung des Kehlkopfs gestattet; demgemäss wurden die Theile durch einen medianen Einschnitt entfernt.

Der Tod war die unmittelbare Folge eines geborstenen Abscesses gewesen, ein Strom Eiters quoll aus dem Kehlkopfeingang.

Die Geschwulst bestand aus zwei Theilen; der eine sass am Schildknorpel, seine Masse erfasste den linken Flügel; der andere nahm die vergrösserte Schilddrüse ein. Es fand sich eine tiefgelegene vergrösserte Drüse in der Höhe der Spitze des Sternums. Die ganze linke Seite des Larynx von der Plica ary-epiglottica bis zu einem Punkte etwa $^1/_2$ Zoll über dem Stimmband war afficirt, ebenso beide Arytaenoidknorpel; der Tumor hatte auf den Oesophagus gedrückt. Eine steinharte krebsige Masse, die ausserhalb des Kehlkopfs, unter demselben und zum Theil auch in ihm lag, hatte den verhängnissvollen Abscess gebildet; derselbe hatte seinen Weg zwischen dem Ring- und dem unteren Rand des Schildknorpels genommen und war in den Larynx an einem Punkte unter dem Giessbeckenknorpel geborsten, an dem sich eine ulcerirte Stelle schon während des Lebens wahrnehmen liess. Das linke untere Horn des Schildknorpels war zerstört und das Crico-thyroid-Gelenk dadurch dislocirt. A. E. GARROD.

169) **Procter S. Hutchinson** (London). **Acute necrotisirende Perichondritis des Kehlkopfs beim Schwein. (Acute necrotic perichondritis of the larynx of a pig.)** *Brit. Med. Journ. 22. Sept. 1888.*

Das Thier litt an Symptomen, die dem Croup ähnlich waren. Es liess sich für die acut eintretende Krankheit kein besonderer Grund ausfindig machen. Das Thier wurde getödtet und die Section gemacht. Es fand sich eine Entzündung rings um die Cartilago cricoidea mit partieller Necrose derselben. Ein beträchtlicher Theil dieses Knorpels war abgestossen, und nur eine kleine Partie des unteren inneren Theiles blieb übrig. Die Eiterung, die den Process begleitete, war nur unbedeutend. Das necrotische Stück lag in einem weichen Granulationsgewebe eingebettet. Es war ferner ein allgemeines Oedem des Larynx vorhanden, das die Dyspnoe erklärte.

H. glaubt aus diesem Falle den Schluss ziehen zu dürfen, dass Perichondritis ganz unabhängig von jedem specifischen Einflusse eintreten könne. A. E. GARROD.

170) **Arthaud** und **Butte. Untersuchungen über die Pathogenese des Diabetes. Klinische Erscheinungen und pathologisch-anatomische Veränderungen an Thieren nach Neuritis der Nervi vagi. (Recherches sur la pathogénie du diabète; du syndrome clinique et des lésions anatomo-pathologiques déterminées chez les animaux à la suite de la nevrite des nerfs vagues.)** *Archives de Physiologie. pag. 344. 1888.*

Die Experimentatoren erzeugten beim Hunde durch Neuritis des Vagus, die in der Continuität der Nerven oder an seinem peripheren Ende producirt wurde, ein Symptomenbild, das mit dem des Diabetes eine grosse Analogie darbot; so

Polyurie, Polydipsie, Polyphagie, Glycosurie, Albuminurie, Azoturie und Zunahme, später aber Abnahme des Gewichts. Die Autoren konnten ausserdem pathologisch-anatomische Veränderungen an Leber und Nieren erweisen, die mit den von Strauss beim Diabetes beschriebenen absolut übereinstimmen.

Diese Eyperimente müssen einer genauen Würdigung unterzogen werden; vielleicht gestatten sie ein besseres Verständniss des spontanen Diabetes.

E. J. MOURE.

171) A. L. Hodgson. **Ein Fall von Incoordination der Sprachmuskeln; weitgehende Besserung in Folge der Behandlung. (A case of incoordination of the muscles of speech. Treatment followed by great improvements.)** *Maryland Med. Journ. 3. Nov. 1888.*

Die Behandlung bestand in der Circumcision. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

172) G. E. Shoemaker. **Reflex-Husten bei Schwangerschaft. (Reflex cough of Pregnancy.)** *N. Y. Med. Journ. 23. Jan. 1888.*

Bericht über einen Fall, in dem die Patientin bei zwei aufeinanderfolgenden Schwangerschaften beidemal von einem Husten gequält wurde, der erst aufhörte, als der Uterus von seinem Inhalt befreit wurde. In keiner der beiden Schwangerschaften litt die Frau an Erbrechen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

173) L. Pasqualigo. **Der Keuchhusten. Eine Monographie. (Monografia sulla pertosse.)** Vénise, typ. de l'Emporio. 1888.

Nichts Neues. CARDONE.

174) H. M. Wilson. **Angeborener Glottiskrampf. (Congenital spasme of the glottis.)**

Bericht über einen Fall; die Paroxysmen traten in fünfwöchentlichen Intervallen auf. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

175) E. Bitot. **Studien über einige Fälle von rythmischen Respirationskrämpfen hysterischen Ursprungs. (Étude sur quelques cas de spasmes rythmiques respiratoires d'origine hysterique.)** *Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. No. X. 15 u. 16. 1888.*

Ein Beitrag zur Kenntniss der Hysterie aus Anlass einer Vorlesung von Peter über diesen Gegenstand. E. J. MOURE.

176) P. Mc. Bride (Edinburgh). **Eine ungewöhnliche Form von Kehlkopfneurose. (An unusual form of laryngeal neurosis.)** *Edinburgh Med. Journ. Dec. 1888.*

Ein Patient wurde der Med.-Chirurg. Gesellschaft vorgeführt, der, wenn er aufrecht stand oder mit zurückgebogenem Kopf kniete, nur mit Fistelstimme sprechen konnte. Das laryngoscopische Bild war dann das gewöhnlich bei Falsettstimme wahrzunehmende. Dieser Zustand war wahrscheinlich abhängig von einer Parese des M. crico-thyroideus und darum brachten Electricität und Massage auf diesen Muskel angewandt sofortige Besserung hervor. Die Falsettstimme veränderte sich in die normale, wenn man die Cricoid- und Thyroidknorpel einander kräftig näherte.

Die folgende Geschichte des Falles ist einigermassen interessant durch die

ganz rapide Wiederherstellung, die der Patient unter der Massagebehandlung durchmachte. Dr. Laing, der im Massiren erfahren ist, war so freundlich sich dieser Mühe zu unterziehen. AUTOREFERAT.

177) **Urichina. Hysterische Stummheit und Lähmungen unter dem Bilde der Hemiplegie mit Aphasie; Heilung durch Hypnotismus. (Mutisme et paralysies hystériques ayant fait croire à une hémiplégie avec aphasie; guérison par l'hypnotisme.)** Soc. medico-psych. 27. Februar. *Annales medico-psych. No. 3. Mai 1888.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

178) **John Ritchie. Ein Fall von Bulbärparalyse mit Betheiligung anderer Theile des Nervensystems. (Case of Bulbar Paralysis with affection of other parts of the nervous system.)** *Glasgow medical Journal. Dec. 1888.*

Die Bulbärsymptome vereinigten sich in diesem Falle mit Taubheit der Glieder, Parese der Pupillen und Verlust des Sehvermögens. Eine ausgesprochene Besserung erfolgte nach Anwendung von Mercur, Jodkali und Chinarinde, combinirt mit Zugpflastern, die hinten am Nacken aufgelegt wurden.

Am Ende der Abhandlung ist die Discussion über diesen Fall abgedruckt, an der sich die Herren Robertson, Anderson, Workman, Barlow und Mc Call Anderson betheiligten. P. McBRIDE.

179) **Soura Leite. Functionelle motorische Aphasie bei einem 11jährigen Knaben. (Un caso de afasia motriz funcionàl en un nino de 11 anos.)** *Bras. med. Febr. 1888.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

180) **Miro Rener. Behandlung einer Hystero-Epilepsie mit Aphonie und Dysphonie mittelst der Suggestion im Wachen, sowie im hypnotischen Zustande. (Histero-epilepsia, afonia y disfonia tratado por sugestion en el estado de vigilia y en el estado hipnético.)** *Cron. med. quir. de la Habana. 1. März 1888.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

181) **Aveitra. Mittelst Hypnotismus geheilte essentielle traumatische Aphonie und Aphasie. (Afonia y afasia traumàticas esenciales curadas par el hipnotismo.)** *Corseo medico castellano. Salamanca. 1. Juni 1888.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

182) **P. Heymann** (Berlin). **Isolirte Lähmung des linken Musculus crico-arytaenoideus lateralis.)** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 7, S. 134. 1888.*

Krankenvorstellung im Verein für innere Medicin. Aeltere Frau mit tertiärer Syphilis. „Bei dem Versuche zu phoniren bleibt das linke Stimmband in seinem mittleren Theile nach aussen gerichtet; der linke Processus vocalis steht ganz auswärts und etwas tiefer als der rechte, während der hintere Theil des Aryknorpels ganz normal neben seinen Genossen rückt.“ Auf dem linken Stimmband ein kleiner Tumor. H. glaubt Narbenretraction ausschliessen zu können, da Bewegungen des Musc. vocalis proprius an der betr. Stelle und ebenso durch

den Luftstrom hervorgerufene Bewegungen bei der inspiratorischen Phonation beobachtet wurden. Er nimmt eine Myopathie durch gummöse Processe an.

B. FRAENKEL.

183) **A. Köhler** (Berlin). **Zur Casuistik der Fremdkörper im Kehlkopf.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 45, S. 914. 1888.*

Bei der Leiche eines 54 Jahre alten dementen Phthisikers, die im Operationscurs benutzt wurde, fand sich am Larynx, unterhalb der Stimmbänder, ein vertical stehendes Einmarkstück. Es liess sich nicht feststellen, wie lange dasselbe im Kehlkopf gesessen hatte. Es muss dies aber eine erheblichere Zeit gewesen sein, da es hinten ein bis auf den Knochen reichendes Decubital-Geschwür hervorgerufen hatte. B. FRAENKEL.

184) **W. C. Glasgow. Klette im Kehlkopf. (Cockle burr in the larynx.)** *St. Louis Courier of Medicine. März* 1888.

Entfernung mittelst der Zange nach Cocaïnapplication. In einem zweiten ähnlichen Falle wurde eine 10procentige Carbolsäurelösung zur Erzielung der Anaesthesie angewandt.

Die Carbolsäure erregt zuerst eine schmerzhafte Empfindung, aber die bleibende Wirkung ist weit angenehmen als beim Cocaïn; letzteres erzeugt für 5 bis 10 Min. eine Rigidität der Theile, die sehr lästig ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

185) **E. Joubert. Die Thyrotomie wegen Fremdkörper im Kehlkopf. (La thyrotomie pour les corps étrangers du larynx.)** *Thèse de Paris.* 1888.

Der Verf. sucht zu erweisen, dass die Thyrotomie, ohne dass sie gerade ein Vorgehen darstellt, das man gern erwählt, doch ohne Bedenken ausgeführt werden muss, sobald die einfacheren Methoden der Entfernung durch die natürlichen Wege oder durch die Trachea nicht geglückt sind. E. J. MOURE.

186) **Charles Hawkins** (London). **Fremdkörper in der Trachea. (Foreign bodies in the trachea.)** *Lancet. 26. Mai* 1888.

H. citirt aus den Medico-Chirurgical Transactions von 1843 weitere Details eines in den Verhandlungen derselben Gesellschaft von 1888 berichteten Falles, in welchem ein halber Sovereign, der in die Trachea hinabgeglitten war, durch den Larynx wieder abging, nachdem die Tracheotomie gemacht und der Patient auf den Kopf gestellt war. A. E. GARROD.

187) **B. Foster. Ein ungewöhnlicher Fremdkörper im rechten Bronchus eingegeklemmt. Operation. Heilung. (An unusual body impacted in the right bronchus. Operation. Recovery.)** *Northwestern Lancet. 15. Sept.* 1888.

Der Fremdkörper war ein glattes Pfeifchen. Die Tracheotomie wurde gemacht und man fand, dass dasselbe sich in der Oeffnung des rechten Bronchus gefangen hatte und daselbst festgehalten wurde; es war nicht im Stande, sich nach oben oder unten zu verschieben; in Folge seiner Gestalt verschloss es die Passage für die Luft nicht. Bemerkenswerth war, wie geringe Störungen die Anwesenheit des Fremdkörpers verursachte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

188) **Joseph Collin** (Manchester). **Die Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *Lancet. 22. Dec.* 1888.

Wenn die Trachea schnell ohne sorgfältige Schnittführung eröffnet werden soll, und auch sonst, bereitet es oft beträchtliche Schwierigkeit, die Canüle einzuführen. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, giebt C. ein Instrument an, das einer gebogenen, gewöhnlichen Zange ähnlich ist und eine halbe Rinne am unteren Theile jedes Blattes trägt.

Es ist nun die Absicht, bevor man das Messer aus der Trachea zurückzieht, die Erweiterungszange mittelst dieser Rinnen am Rücken des Scalpels entlang in die Luftröhre gleiten zu lassen. Dann werden die beiden Blätter ausgedehnt und die Canüle eingeführt. Wenn die Canüle gewechselt werden muss, soll zuerst eine Sonde in die Trachea eingeführt werden, die einen Führer für den Dilatator abgiebt. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

189) **C. Artigalas** und **G. Desmartin. Einige Bemerkungen über die Tracheotomie. (Quelques remarques sur la trachéotomie.)** *Gaz. heb. des Scienc. méd. de Bordeaux. 18. Sept.* 1888.

Für einige Fälle, in denen die Fixation des Kehlkopfs durch die drohende Asphyxie unmöglich gemacht ist, geben die Verf. ein gemischtes operatives Vorgehen an, mit dem sie selbst Erfolg hatten:

1. Die Haut wird bis auf den Grund durchschnitten, ohne dass den einzelnen Lagen oder sonstigen anatomischen Details Rechnung getragen, auch ohne dass das Blut abgetupft wird.

2. Man legt den Finger in die Wunde, den Nagel des linken Zeigefingers auf die Membrana crico-thyroidea.

3. Das Bistouri wird eingestochen, die Hand bleibt unbeweglich; die erste Inspirationsbewegung bewirkt eine Durchschneidung des Cricoideus und zweier Trachealringe.

Es folgen einige practische Rathschläge über einzelne Punkte, für die man bei den Operirten Sorge zu tragen hat. E. J. MOURE.

190) **H. Dauchez. Gefahren und Nutzlosigkeit der einzeitigen Tracheotomie. (Dangers et inutilité de la trachéotomie en un temps.)** *La France médicale. 26. Juni* 1888.

Bei einem kleinen Mädchen in der Reconvalescenz von Diphtherie lässt ein heftiger Erstickungsanfall die Tracheotomie als nothwendig erscheinen; dieselbe wurde mit einem Schnitte vorgenommen. Ein Strom Eiters, aus einem praetrachealen Abscess stammend, verursacht Erstickung; er musste in die durch denselben Schnitt eröffnete Trachea dringen. J. E. MOURE.

191) **A. Fortunato** (Neapel). **Neues operatives Vorgehen bei der Tracheotomie und der dazu gehörige instrumentelle Apparat. (Nuovo processo operativo di tracheotomia e corrispondente apparecchio instrumentale.)** Neapel, typ. Tocco. 1888.

Nachdem er die Mängel jeder anderen Tracheotomie hervorgehoben, be-

schreibt F. sein neues Instrument für den Luftröhrenschnitt, das folgende Vorzüge hat:

1. Sicheres Eindringen in die Trachea.
2. Es bildet ein Tenaculum zur Fixirung des Canals.
3. Es ermöglicht, die Incision in die Trachea mit Sicherheit vorzunehmen.
4. Es dient dazu, die Canüle ohne Schwierigkeit in die Trachea zu führen.

CARDONE.

192) **Talford Jones** (Brecon). **Tracheotomie bei einem Erwachsenen vor $4^{1}/_{2}$ Jahren wegen intralaryngealer Erkrankung. Patient lebt noch und befindet sich wohl, trägt jedoch noch eine Canüle.** *Lancet. 25. Febr.* 1888.

Der Titel erklärt den Inhalt. Die Natur der Krankheit ist zweifelhaft und es wird keine laryngoscopische Untersuchung erwähnt. A. E. GARROD.

193) **J. Ch. P. Chacon. Schwierigkeiten und Gefahren des Luftröhrenschnittes bei alten Leuten. (La traqueotomia en los viejos; dificultades y peligros gen puede presenten.)** *Gaceta méd. de Méjico. XXIII.* 1888.

Nicht zugänglich. GONGORA.

194) **N. M. Carriedo. Vereinfachter Luftröhrenschnitt. (Traqueotomia simplificada.)** *Gaceta méd. de Méjico. XXIII. 286—287.* 1888.

Nicht zugänglich. GONGORA.

195) **B. Lewis. Tracheotomie bei Morphiumvergiftung. (Tracheotomy in morphine poisoning.)** *Weekly Medical Review St. Louis. XVII. 15.*

Der Patient hatte eine Unze Opium verschluckt und war, als er untersucht wurde, moribund in tiefer Narcose und cyanotisch. Es wurde die Tracheotomie gemacht in der Absicht, einen Ballon einzuführen und Luft so in die Lungen zu schaffen. Sobald jedoch die Trachea eröffnet war, entstand Husten und danach tiefe Inspirationen, welche die Cyanose bald beseitigten. Injectionen von Whiskey und Atropin und Bewegen hielten den Patienten am Leben. Die Canüle wurde am folgenden Tag entfernt. Pat. starb am 4. Tag in einem Anfall von Delirium tremens; die Autopsie zeigte jedoch, dass keine Pneumonie oder eine andere Complication bestand. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

196) **Dudois** (Bordeaux). **Chloroform und Tracheotomie. (Chloroforme et trachéotomie.)** Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux in: *Journ. de méd. de Bordeaux. 14. Oct.* 1888.

Nichts Neues. E. J. MOURE.

197) **Monod. Chloroform und Tracheotomie. (Chloroforme et trachéotomie.)** Soc. de chir. Paris. 6. Juni 1888.

Bei der Besprechung des Falles eines Patienten, der an Bluteintritt in die Luftwege starb, meint M., dass man das Chloroform bei Personen mit verknöcherter Trachea verwerfen müsse.

Terrier ist entgegengesetzter Ansicht. E. J. MOURE.

198) **Le Dentu. Chloroform und Tracheotomie. (Chloroform et trachéotomie.)** Soc. de chir. Paris. 29. Mai 1888.

Le D. berichtet über einen Fall von Castex. Patient, der an syphilitischer Strictur des Larynx litt, starb während der Chloroformirung. Le D. berichtet einen ähnlichen Fall ohne Chloroform und meint, dass dieser unglückliche Fall nicht die Methode zu verdammen geeignet ist. E. J. MOURE.

199) **Philippeaux. Mandrin für ein Tracheotom. (Mandrin trachéotome.)** *Poitou méd. 1. Febr.* 1887.

Es handelt sich um ein sehr unzweckmässiges Instrument. E. J. MOURE.

200) **Sir W. Mac Cormac** (London). **Unmittelbarer Verschluss von Trachealwunden. (Immediate closure of tracheal wounds.)** *Lancet. 4. Febr.* 1888.

Mac C. verweist auf einen in „The Lancet" vom 21. Januar 1886 veröffentlichten Fall, bei dem eine abgebrochene Zahnzange aus dem rechten Bronchus entfernt wurde. Es wurde in diesem Falle die Incision in die Trachea, welche $1^{1}/_{2}$ Zoll lang war, sorgfältig durch Nähte geschlossen. Verf. ist überzeugt, dass dieses Verfahren wesentlich zum Erfolg der Operation beigetragen habe, indem es die kalte Luft in die Lunge einzudringen hinderte, ebenso das Abfliessen des Wundsecrets in die Trachea. Obwohl der Schluss der Wunde nicht immer wünschenswerth ist, so hat er doch offenbar bei Operationen wegen Fremdkörper manche Vortheile, ebenso in einigen Fällen von Selbstmordversuchen und im Allgemeinen da, wo die Zustände für eine Heilung günstig sind. A. E. GARROD.

201) **Terrier et Schwartz. Neue Canüle für die Tracheotomie. (Nouvelle canüle à trachéotomie.)** Soc. de chir. Paris. 18. Juni 1888.

E. J. MOURE.

202) **W. v. Muralt** (Zürich). **Ueber Trachealcanülen.** *Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. 15. August* 1888.

M. bespricht die verschiedenen Arten von Trachealcanülen und die damit im Kinderspitale zu Zürich gemachten Erfahrungen. Den Intubationscanülen von O'Dwyer gegenüber verhält er sich noch zuwartend, so lange nicht bedeutend günstigere Resultate vorliegen. SEIFERT.

203) **Zaleski** (Dorpat). **Ueber die Unzeckmässigkeit der silbernen Trachealcanülen. (O nezleso obrasnosti serebrjanich tracheotomitscherkich kanjul.)** *Med. obs. No. 8.* 1888.

Eine silberne Trachealcanüle, die der Pat. 2 Jahre, ohne herauszunehmen, getragen hatte, glich an ihrem Trachealtheil einem Gewebe, das gleichsam aus mehrfach zusammengelegtem Spinngewebe zu bestehen schien. Verf. glaubt, die Chlorverbindungen des Sputums führen das metallische Silber in Chlorsilber über und dieses wird vielleicht durch das alkalische Sputum gelöst; vielleicht spielt dabei das Rhodankali des Speichels eine Rolle, worin Chlorsilber löslich ist.

Aus der langen Benutzung silbener Trachealcanülen entstehen 2 Gefahren, 1. die Argyria (in seinem Falle hatte Verf. den Patienten nicht gesehen) und 2.

die Möglichkeit des Zerbrechens und Hinabgleitens in die Trachea Um Beides zu vermeiden, könnte man Canülen aus Gold, Platin, Bergcrystall, Porzellan und Elfenbein verfertigen. Canülen aus Hartgummi scheinen Verf. unbekannt zu sein.

LUNIN.

204) **Desguin. Neue Canüle für die Tracheotomie. (Nouvelle canule pour la trachéotomie.)** *Annales et Bulletin de la Société de Médicin d'Anvers. Juli u. August* 1888.

Die Eigenthümlichkeit der Desguin'schen Canüle besteht in einem Mandrin von besonderer Form, der nicht nur die Einführung der Canüle erleichtert, sondern, wo nöthig, auch noch den Dienst einer inneren Canüle versieht. Das die äussere Canüle nach unten überragende Ende des Mandrin ist an seiner Convexität schräge abgeschnitten; das äusserste Ende geknöpft und die Ränder abgestumpft. Ein weites Fenster ist nahe am Ende angebracht. — Mittheilung von 7 Fällen, in welchen sich das Instrument erprobt hat.

BAYER.

205) **Jean Palmié** (Berlin). **Zur Trachealtamponade. — Aus E. Hahn's Abtheilung des Krankenhauses Friedrichshain.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 33, S. 663, und No. 34, S. 688.* 1888.

Beschreibung der bekannten Pressschwamm-Tamponcanüle, ihrer Herstellung und ihrer Anwendung in 48 Fällen. In allen hat dieselbe sich bewährt und den Eintritt von Blut etc. in die Lungen verhütet. Der einzige Nachtheil, der sich ergeben hat, ist der Umstand, dass sie bei längerem, z. B. 24 stündigem Liegen die Trachea erheblich reizt. P. empfiehlt die Tamponcanüle dem practischen Arzt, der eilig eine Tracheotomie machen müsse, weil sie ihm die Sicherheit gewähre, dass nach ihrer Einführung kein Blut mehr in die Bronchien einfliessen könne. Eine andere Art der Trachealtamponade wird nach P. durch Einlegen von Jodoform-Pressschwamm oberhalb einer gewöhnlichen Canüle erreicht. Diese Tamponade wird dauernd ertragen. Da sie aber, in den Kehlkopf eingeführt, die Stimmbänder schädigt, ist es nothwendig, überall, wo sie angewendet werden soll, die untere Tracheotomie zu machen. P. hat sie in drei Fällen versucht. Sie ermöglichte die Ernährung in Fällen, in denen nach Diphtherie Ueberschlucken in den Kehlkopf stattfand — was P. eine „Lähmung der Glottis" nennt —, und in welchem die Schlundsonde nur mit Gewalt wegen Widerstands der Kinder angewandt werden konnte. Dagegen verhinderte das Liegen des Jodoform-Pressschwamms nicht, dass der diphtherische Process die tieferen Theile der Respirationsorgane befiel. Während der Operation kann diese Art der Trachealtamponade die Tamponcanüle nicht ersetzen, weil sie nur das Einfliessen von oben, nicht das Eindringen von Flüssigkeit neben der Canüle verhindert.

B. FRAENKEL.

206) **J. Michael** (Hamburg). **Ueber Trachealtamponade.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 37, S. 757.* 1888.

Der Aufsatz stellt eine Erwiderung auf die Arbeit Palmié's unter derselben Ueberschrift dar (vergl. vor. Referat). Michael nimmt die Priorität der jetzt meist Hahn zugeschriebenen Erfindung der Pressschwammcanüle für sich in An-

spruch. M. hat seine Canüle zuweilen sehr lange, einmal permanent 15 Monate lang liegen lassen, ohne die Trachea zu schädigen. Er hält sie für ein sicheres Mittel gegen Schluckpneumonie resp. -Bronchitis. Dagegen sei der Ueberzug von Guttaperchapapier, den Hahn fortgelassen hat, für den Schwamm nothwendig, da derselbe sonst ein Filter und kein Tampon darstelle. Die Schwammtamponade könne an jeder Canüle angebracht werden. Die Einführung von Pressschwammtampons oberhalb der Canüle sei von Langenbuch angegeben.

B. FRAENKEL.

207) **C. Langenbuch** (Berlin). **Zur Tamponade der geöffneten Luftröhre.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 44.* 1888.

L. macht die untere Tracheotomie und tamponirt die Trachea oberhalb der Canüle mit einem jodoformirten Wattetampon. Er bevorzugt die Watte, weil Schwamm die Schleimhaut beschädige. Der Tampon wird so gross gewählt, dass er nur durch einen kräftigen Nachschub der ihn führenden gekrümmten Kornzange eingebracht werden kann. Er ist mit einem Seidenfaden umschlungen, der um den Hals des Kindes befestigt wird. Der erste Tampon bleibt in der Regel 4—5 Tage liegen. Seit Einführung dieses Tampons ist im Lazarus-Krankenhause, dem der Verf. vorsteht, die Sterblichkeit der Diphtherie-Kinder nach der Tracheotomie erheblich geringer geworden. B. FRAENKEL.

208) **Karl Roser** (Marburg). **Zur Nachbehandlung Tracheotomirter.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 7, S. 121.* 1888.

R. verwendet Jodoformtamponcanülen. Dieselben werden hergestellt, indem man ein etwa 2 Ctm. breites und 10 Ctm. langes, in Sublimatlösung angefeuchtetes Bindchen aus gestärkter Gaze um eine gewöhnliche Canüle wickelt und diesen Ueberzug mit gepulvertem Jodoform einreibt. Bei Anwendung dieser Canüle sah R. nie Decubitus oder Knorpelnecrose und auch nie lästige Granulationswucherungen. Von 68 wegen Diphtherie tracheotomirten Kindern wurden 33 am Leben erhalten. Zur Entfernung der Membranen aus der Trachea benutzt R. gewöhnlich das gestielte Ringchen seines Vaters, ein 5—6 Millimeter breites Ringchen auf einer schlanken Urethralstricturensonde. R. macht den Vorschlag, die Tracheotomie bei Tussis convulsiva zu machen, sobald die Kinder durch die Paroxysmen in lebensgefährlicher Weise herunterkommen. B. FRAENKEL.

209) **Delassus. Stenose der Trachea nach der Tracheotomie. (Obstruction de la trachée après la trachéotomie.)** *Journ des sc. méd. de Lille. No. 16 u. 19. 20. April und 11. Mai* 1888.

D. hat die Stenose im Auge, welche durch Secretanhäufung unterhalb der Canüle entsteht. Es sei daher nothwendig, die Kinder in einer mit Wasserdampf erfüllten Atmosphäre zu halten. D. beschäftigt sich besonders mit der Tracheotomie nach Croup. E. J. MOURE.

210) **W. J. Porter. Demonstration der Wirkung von Kälteanwendung auf das Abdomen auf die Circulation in der Trachea, nebst Bemerkungen über den Gebrauch der Kälte bei acuten Entzündungen. (A demonstration of the effect of cold applied to the abdomen upon the circulation in the trachea, with remarks**

**upon the use of cold in acute inflammations.)** *St. Louis Courier of Medicine. Nov.* 1888.

Der Autor führte einige Experimente an Katzen aus, denen er die Trachea öffnete und die Schleimhaut freilegte; zuerst legte er heisse Umschläge auf das Abdomen, diese führten zur Dilatation der Gefässe der Trachealschleimhaut; dann ersetzte er sie durch geeiste Tücher, diese verursachten in einer halben Minuten Erbleichen der Schleimhaut, dem in 1—2 Minuten eine allgemeine Gefässerweiterung und schliesslich Congestion folgte. P. schliesst hieraus, dass Kälte ein wirksames Agens zum Guten in den ersten Stadien acuter Entzündung ist, und dass sie, was noch wichtiger ist, unrichtig angewandt, ein ebenso wirksames Agens zum Schlechten ist. Zu lange applicirt, erzeugt sie venöse Stase, einen für den Fortschritt der Entzündung sehr günstigen Zustand. Nirgends spielt die Congestion eine wichtigere Rolle unter den Ursachen acuter entzündlicher Krankheiten, als in Pharynx, Larynx und Trachea und hier sollte die Kälte nur in besonders sorgfältiger und bedachter Weise gebraucht werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

211) **A. Tentière. Tödtliche Complicationen der tracheo-bronchialen Drüsenerkrankung. (Des complications mortelles de l'adénopathie trachéo-bronchique.)** *Thèse de Paris.* 1888.

Der Autor zählt die verschiedenen Complicationen von Seiten der Luftwege (Asphyxie, Lungengangrän, Pneumothorax, Pleuraergüsse etc.), von Seiten des Oesophagus (Compression, Perforation), von Seiten der Gefässe und des Pericards auf. Die nervösen Störungen sind nach denen der Luftwege die häufigsten.

E. J. MOURE.

212) **Blanche Edwards. Erkrankung der Tracheal- und Broncialdrüsen. (Adénopathie trachéo-bronchique.)** *France méd. 28. Juli* 1888.

Das Interesse des Falles liegt in dem Alter des Patienten. Es handelt sich nämlich um ein Kind von 6 Monaten, während bisher diese Affection frühestens an Kindern von 3—6 Jahren beobachtet worden ist. Ebenso verhält es sich mit der Complication, die den Tod herbeiführte. Die tuberculöse Meningitis traf man bisher auch erst vom 2. Lebensjahre an. E. J. MOURE.

213) **F. Felici** (Rom). **Kehlkopflähmungen in Folge von Aortenaneurysmen. (Paralisi laringee da aneurismi aortici.)** *Arch. Ital. di Laring. Oct.* 1888.

Bericht über 3 Fälle, der eine von ihnen mit Obductionsbefund. In letzterem bestand vollständige Lähmung des linken Stimmbandes und Parese des rechten Stimmbandes. Die Autopsie ergab ein taschenförmiges Aneurysma des Aortenbogens, das die Trachea und die beiden Nn. recurrentes comprimirte.

CARDONE.

214) **Boulloche. Aneurysma des Aortenbogens, Erstickungsanfall, Tracheotomie. (Aneurysme de la crosse de l'aorte, accès de suffocation, trachéotome.)** Soc. anatom. de Paris 15. Juni 1888.

Der Titel sagt, um was es sich handelt. E. J. MOURE.

215) **J. W. Lord. Ein Fall von Krampfasthma in Folge von Aneurysma. (A case of spasmodic asthma due to aneurism.)** *N. Y. Med. Journ. 4. Febr.* 1888.

Ein interessanter Fall von Asthma, bedingt durch eine ungewöhnliche Ursache und auch sonst von so unverständlichen und eigenthümlichen Erscheinungen begleitet, dass es nicht gelang, die primäre Affection festzustellen. Bei der Autopsie fand sich ein weites, unregelmässiges, dissecirendes, Aneurysma, das die transversale und die absteigende Partie des Aortenbogens einnahm; es umgab die Trachea und den Oesophagus, die es nach rechts drängte, vollständig. Beide wurden gedrückt, die Trachea nahezu verschlossen. Nach hinten zu lag der Sack des Aneurysma an die Seiten der Wirbelkörper des 2., 3., 4, und 5. Brustwirbels an, die Wirbelkörper waren stark arrodirt. Die Intervertebralscheiben waren intact. Der aneurysmatische Sack war mit blutigen Coagulis vollständig erfüllt. Das Pericardium war mit der Wand des Aneurysma fest verbunden; der Nervus pneumogastricus lag zwischen Pericard und Aneurysma gedrückt. Vom unteren Rand des Herzens zum höchsten Punkt des Aortenbogens maass man $8^1/_2$ Zoll, das Pericardium war verdickt, gespannt und mit dem aneurysmatischen Sack fest verwachsen. Die Lungengefässe waren gedrückt, dadurch war ein seröses Exsudat in die Vesikel entstanden. Die Lungen boten die gewöhnlichen Erscheinungen des Emphysems dar. LEFFERTS.

## f. Schilddrüse.

216) **D. Biondi. Beitrag zum Bau, zur Function und Chirurgie der Schilddrüse. (Contributo alla struttura, funzione e chirurgia dell tiroide.)** *Riforma Medica. An IV. No. 232. 6. Oct.* 1888.

Ein kurzer Abriss der Arbeit, die Biondi später in Deutschland publicirt hat (vergl. Berl. med. Gesellsch. Deutsche Medic. Zeitung. 8. November 1888).

B. hat eine Reihe experimenteller und histologischer Untersuchungen über die Schilddrüse an Säugethieren, Vögeln und Amphibien angestellt. Er kommt zu dem Schluss, dass jeder Acinus eine selbstständige Bedeutung hat und dass er in steter Verbindung mit den Nerven, den Blut- und Lymphgefässen befindlich, einen Theil des Organs regeneriren kann.

Diese Betrachtung lässt die partielle Resection der totalen vorziehen; denn der gänzliche Mangel des Organs erscheint nicht mit dem Leben vereinbar.

CARDONE.

217) **Audebert. Acute Entzündung und Blutcyste der Gl. thyroidea bei Typhus. Einfache Punction. Heilung. (Thyroidite aigue typhoide et Kyste hématique du corps thyroide. Ponction simple, guérison.)** Soc. méd. de Bordeaux in: *Journ. méd. de Bord. 27. Mai* 1888.

Audebert's Vortrag giebt eine Beobachtung über diesen Gegenstand.

A. Boursier glaubt nicht, dass das Typhusfieber die Ursache der acuten Entzündung der Thyroidea gewesen sein kann; es müsse ein präexistirender Kropf bei der Kranken vorhanden gewesen sein; auch wundert er sich über diesen Erfolg einer einfachen Punction.

Dudon ist derselben Meinung wie Boursier; er berichtet über einen Fall von Cyste der Schilddrüse, den er mit der Punction und folgender Jodinjection behandelt hat. Der Cystensack abscedirte und musste eröffnet werden; der Kranke starb an einem Erysipel und an Pleuropneumonie.

Verdalle giebt zu, dass die Mutter der Kranken in dem Fall von Audebert einen Kropf hatte, und dass diese selbst einen kleinen Kropf bereits vor der typhösen Erkrankung besass. Er fügt hinzu, dass die Thatsache der Heilung einer Blutcyste, und selbst einer purulenten, nichts Exceptionelles sei.

E. J. MOURE.

218) **J. Cameron** (Liverpool). **Ein Fall von Bronchocele, mit Fluorwasserstoff-Säure behandelt. (A case of bronchocele, treated by fluoric acid.)** *Liverpool Med.-Chir. Journ. pag. 495. Juli* 1888.

Der Fall betraf einen 16jährigen Knaben, der an Kropf, vornehmlich des rechten Drüsenlappens litt; die Geschwulst war etwa orangengross. Die Drucksymptome waren ziemlich stark ausgeprägt. Die Medicin bestand aus 15 Tropfen einer $^1/_2$ proc. Lösung von Fluorwasserstoffsäure (wie oft?) und wurde bei Bettruhe und beschränkter Diät 4 Wochen lang genommen. 14 Monate nach Beginn dieser Behandlung war die Schilddrüse nahezu auf ihre normale Grösse zurückgeführt und die Medicin konnte fortgelassen werden. Die Besserung blieb seither andauernd.

A. E. GARROD.

219) **E. J. Moure. Geschwulst der Schilddrüse. (Tumeur du corps thyroide.)** Soc. de méd. de Bordeaux in: *Journ. de méd. de Bordeaux. 1. Juli* 1888.

Es handelt sich um eine acute Kropfgeschwulst, die sich in wenigen Tagen entwickelt hatte.

AUTOREFERAT.

220) **J. D. Ely. Phytolacea decandra bei Bronchocele. (Phytolacea decandra for Bronchocele.)** *Medical Age. 10. März* 1887.

E. empfiehlt die Tinctur innerlich mit Aconit, und mit Wasser verdünnt äusserlich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

221) **G. Puech. Studie über die Behandlung des Kropfes durch interstitielle Injectionen von Jodtinctur. (Étude sur le traitement du goitre par les injections interstitielles de teinture d'iode.)** *Thèse de Paris.* 1888.

Die Analyse von 104 Beobachtungen gestattet dem Verf. eine Statistik aufzustellen betr. die Häufigkeit der Affection bei dem einen und dem anderen Geschlecht, ferner die Zeit ihrer Entwicklung, ihre Natur, Localisation etc.

Er bespricht die Operationsmethoden und die Zahl der Jodtincturinjectionen, die man vornehmen darf.

E. J. MOURE.

222) **X. Ueber einen Fall von partieller Ausrottung einer einfachen Thyreoidcyste. (Sobre un caso di exstirpacion parcial di un quiste unilocular del cuerpo tiroides.** *Gac. méd. di Méjico. XXIII.* 1888.

Nicht zugänglich.

GONGORA.

223) **C. A. Parker** (London). **Entfernung einer Cyste der Schilddrüse mit nachfolgender Ulceration in der Trachea. (Removal of a thyroid cyst followed by**

**ulceration in to the trachea.)** *St. Bartholom. Hospital Reports. XXIII. p. 281.* 1887.

Die Ueberschrift giebt ein Bild des Inhalts. Nach der Operation war keine Eiterung vorhanden und auch keine Spur von Entzündung. Es stellte sich eine Pneumonie ein.

Die Symptome liessen nach, als man die Wunde wieder eröffnete und eine freie Incision machte. Dann aber trat ein Rückfall und mit ihm der Tod ein. — Es fand sich, dass die Störungen in der Lunge bedingt waren durch eine winzige, nicht mehr als stecknadelkopfgrosse Oeffnung in der Trachea, zwischen dem 2. und 3. Knorpelringe. Der untere Theil der rechten Lunge war an einer Stelle gangränös; diffuse Bronchopneumonie bestand in beiden Lungen.

A. E. GARROD.

224) **Vignard. Drei Fälle von Kropf; die intraglanduläre Enucleation und Luton's Methode. (Trois observations de goître: Enucléation intra-glandulaire et méthode de Luton.)** *Progrès médical. 13. Oct.* 1888.

Der eine der beobachteten Fälle betrifft einen frischen diffus-parenchymatösen Kropf, der durch 5 interstitielle Injectionen von Jodtinctur zur Heilung kam. Die zwei anderen Fälle, die älteren Datums waren, wurden mit gutem Erfolge durch die intraglanduläre Enucleation nach dem Vorgehen von Socin behandelt.

E. J. MOURE.

225) **Chrétien. Die Thyroidectomie. (De la thyroidectomie.)** *Thèse de Paris.* (Steinheil édit) 1888.

C. giebt zuerst eine geschichtliche Zusammenstellung der Tumoren der Schilddrüse, spricht dann von der Thyroidectomie bis zu dem Tage, wo Reverdin (1882) das Myxödem beschreibt. — Das Socin'sche Vorgehen wird geschildert, der Operationsmodus und die in diesem Falle nöthige Antiseptik. Das Ganze ist ein gutes Exposé über den fraglichen Gegenstand.

E. J. MOURE.

226) **R. Norris Wolfenden** (London). **Der Krebs der Schilddrüse. (On cancer of the thyroid gland.)** *Medical Press and Circular. 12. Dec.* 1888.

W. giebt eine fleissige Zusammenstellung dessen, was wir gegenwärtig von dieser Krankheit wissen. Er zeigt, dass Krebs des Gl. thyroidea ungewöhnlich ist, dass er ein wenig häufiger bei Männern als bei Frauen getroffen wird, und dass die meisten Fälle etwa das mittlere Lebensalter betreffen; die Mehrzahl der Fälle bildet sich aus vorher bestehendem Kropfe aus. Die Diagnose in einem frühen Stadium ist schwierig; die Behandlung bleibt in allen Stadien, ob palliativ, ob radical, ausserordentlich unbefriedigend.

Betreffs der Statistik und anderer Details lese man die Abhandlung selber nach.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

227) **Hayem. Krebs der Schilddrüse. (Cancer du corps thyroide.)** Société médicale du hôpital de Paris. 27. Juni 1888.

Der Fall ist interessant, denn nach den angestellten Untersuchungen hatte man es zu thun mit einem gewöhnlichen Kropf, dann mit einem Epitheliom und

schliesslich mit einem Carcinom, dessen Ausgangspunkt — daran ist nicht zu zweifeln — das Epithel der Bläschen der Schilddrüse bildete.

Die Wände der A. carotis communis, der Luft- und Speiseröhre waren intact geblieben; ebenso waren die Ganglien gesund. E. J. MOURE.

228) **E. C. Mason. Ein Fall von bösartigem Tumor der Thyroidea. (Malignant tumor of the Thyroid.)** *Brooklyn Med. Journ. März* 1888.

Die Geschwulst entstand als Bronchocele und degenerirte zu einem Rundzellensarcom der Schilddrüse.

Der Dyspnoe wegen wurde ein Versuch gemacht, die Drüse zu exstirpiren; derselbe musste jedoch aufgegeben werden, weil die Circulation Zeichen von Störung aufwies. Der Patient starb kurze Zeit nachher. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

229) **A. Dardel. Die Hydatidencysten der Schilddrüse. (Des kystes hydatiques du corps thyroide.)** *Thèse de Paris.* 1888.

Eine Studie über diese Krankheit, ihre Symptome, ihre Diagnose und Prognose etc. Als Behandlungsmethoden werden die Punction, Injectionen zur Tödtung des Echinococcus, Incision und Enucleation genannt. Nichts Neues.

E. J. MOURE.

230) **A. A. Eshner. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Polyclinic. Philad. Juli* 1888.

Eine Preisschrift. Der Gegenstand wird erschöpfend behandelt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

231) **F. W. Burton** (Cambridge). **Hautaffectionen bei Basedow'scher Krankheit. (Cutaneous affections in Graves disease.)** Sitting of Cambridge Medical Society. *Brit. Med. Journ. 6. Oct.* 1888.

B. beschreibt in dieser Arbeit Fälle mit Symptomen Addison'scher Krankheit einschliesslich Pigmentation. In anderen waren Erytheme und Urticariaausschläge vorhanden. A. E. GARROD.

232) **Gauthier** (Charolles). **Behandlung der Basedow'schen Krankheit, des Diabetes und der Epilepsie mit Antipyrin. (Traitement de la maladie de Graves, du diabète et de l'epilepsie par l'antipyrine.)** *Revue générale de clin. et de thérap. 10. Mai* 1888.

Der Autor setzt auseinander, dass die wahre Basedow'sche Erkrankung eine allgemeine Neurose ist, deren anatomischer Sitz in der bulbären Region liegt, dass die übergrosse Thätigkeit dieser die Functionsstörungen des Pneumo-gastricus und der vaso-dilatatorischen Action mit sich bringt; dass sehr oft rheumatische Einflüsse die Basis der Erkrankung abgeben und Modificationen der geschlechtlichen Function die ausschlaggebenden Ursachen bilden. Deshalb rechnet Verf. die Basedow'sche Krankheit zu den der Chorea verwandten Neurosen und schliesst weiterhin, dass die zahlreichen Züge der Aehnlichkeit, die sie mit dem nervösen Diabetes darbietet, uns berechtigen, beiden denselben centralen Ursprung zuzuschreiben.

Gestützt einerseits auf diese Erwägungen und auf die bekannte Eigenthümlichkeit des Antipyrins, die excito-motorische Erregbarkeit der Muskeln herabzu-

setzen, andererseits durch die guten Resultate ermuthigt, die er mit diesem Medicament beim Diabetes erzielte, versuchte es Verf. mit einer Dose von 4 bis 6 Grm. in 2 Fällen von Basedow'scher Krankheit, die mit genitalen und rheumatischen Störungen einhergingen; er erreichte ausserordentliche Resultate damit: Merkliche Verminderung des Exophthalmus, der Tachycardie, des Zitterns, des Kropfes in einem Fall; beträchtliche Besserung des Allgemeinbefindens bei beiden Kranken.

Wir fügen noch mit dem Autor hinzu, dass das Antipyrin bei 2 Epileptikern ein Aussetzen der Anfälle bewirkt haben soll. E. J. MOURE.

## g. Oesophagus.

233) **D. Edgar Flinn** (Dublin). **Strictur des Oesophagus. (Stricture of the oesophagus.)** *Brit. Med. Journ.* *29. Sept.* 1888.

Der Fall betrifft ein Oesophagusepitheliom mit Ergriffensein der benachbarten Gewebe. Die Verengerung lag etwa $^3/_4$ Zoll oberhalb der Cardia. Der Magen war enorm erweitert, mit einer bräunlichen Flüssigkeit von sehr fötidem Geruch erfüllt; unmittelbar der Pylorusöffnung anliegend fand sich ein grosser Fruchtkern in ein taschenartiges Diverticulum eingebettet; derselbe muss sehr lange Zeit daselbst gelegen haben, denn aus dem Sectionsbefunde liess sich schliessen, dass seine Passage durch den Oesophagus in den letzten zwei Lebensjahren des Patienten nicht wohl möglich war. Der Stein übte einen starken Druck auf die Pylorusöffnung aus und trug wahrscheinlich einen grossen Theil zur Dilatation des Magens bei. A. E. GARROD.

---

# IV. Kritiken und Besprechungen.

## a) British Laryngological and Rhinological Association.[1])

Zweite[2]) allgemeine Sitzung, abgehalten am 14. November 1888 zu London.

Präsident: Sir Morell Mackenzie.
Secretair: Mr. George Stoker.

Anwesend: 31 Mitglieder.

Nach Erledigung einiger geschäftlichen Angelegenheiten hielt der Präsident eine einleitende Ansprache

über den Fortschritt der Laryngologie.

**(Auch veröffentlicht im Brit. Med. Journal, 17. November 1888.)**

---

[1]) Nach dem Bericht im „Journal of Laryngology and Rhinology", Decbr. 1888.

[2]) Die erste allgemeine Sitzung, welche am 29. Juni 1888 abgehalten wurde, war ausschliesslich geschäftlichen Charakters. (Vergl. Centralblatt V pag. 47 u. 88.)

Die Rede enthält einen Ueberblick über die Fortschritte dieses Zweiges der Medicin seit der Einführung des Laryngoskops. Die Stellung der neu gegründeten Gesellschaft wird erklärt und ihre Existenzberechtigung in längerer Ausführung vertheidigt. Die Darstellung, welche hierbei die Thätigkeit der laryngologischen Section des Meeting der British Med. Association zu Glasgow erfährt, thut der Einbildungskraft des Redners mehr Ehre, als seiner Genauigkeit. Schliesslich werden den jüngeren Mitgliedern der Gesellschaft einige Rathschläge ertheilt; die Empfehlung des Redners aber, einen vermehrten „Enthusiasmus" bei der Behandlung selbst „hoffnungsloser Fälle" an den Tag zu legen, ist offenbar begründeten Bedenken ausgesetzt und erfordert zum wenigsten gewisse Einschränkungen.

Nach dem Schlusse der Rede beantragte Mr. Lennox Browne ein Dankesvotum für dieselbe. Dieser Vorschlag wurde von Dr. Smyly (Dublin) unterstützt und mit Acclamation angenommen.

Mac Intyre (Glasgow) eröffnete darauf eine Discussion über

die Behandlung nervöser Halsaffectionen.

Nach ausführlicher Erörterung der Ursachen und der Diagnose der verschiedenen Formen nervöser Halsaffectionen gab der Redner eine Beschreibung der Methoden zur Anwendung der Elektricität und der dazu erforderlichen Apparate. Hieran schloss er seine Erfahrungen hinsichtlich dieser Heilmethode und besprach endlich die möglichen Vortheile, die in Fällen von nervösen Halsaffectionen centralen Ursprungs durch Reizung der grossen Nervencentren erzielt werden könnten.

An der Discussion nahmen der Präsident und die Herren R. Ellis, Lennox Browne, Dundas Grant, Mark Hovell, Millican, Stoker und Norris Wolfenden Theil. Sie drehte sich fast ausschliesslich um den Nutzen der Elektricität bei hysterischer Aphonie und keiner der Sprecher schien den Gegenstand von jenem weiteren Gesichtspunkt aus anzusehen, den man hätte erwarten dürfen.

Dundas Grant (London) verlas sodann eine Arbeit über Anosmie, die als eine sorgfältig vorbereitete Revue unserer gegenwärtigen Kenntnisse über diesen Gegenstand zu bezeichnen ist. Eine von einem Punkt auf den anderen springende Discussion von geringem Interesse folgte, an der sich die Herren Lennox Browne, Bond, Wright Wilson, Millican, Greville Macdonald, Warden, Hill, Grant und der Präsident betheiligten. Letzterer sagte, dass er stets die Frage der Anosmie für eine sehr interessante gehalten aber gefunden habe, dass sie zur Erzählung einer grossen Menge von Anekdoten führe. Dieselben seien sehr interessant und ohne Zweifel instructiv; es sei aber fraglich, ob man schliesslich viel aus ihnen lerne.

G. Hunter Mackenzie (Edinburgh) verlas hierauf eine interessante Arbeit über

den Einfluss gewisser medicinischer Agentien auf den Bacillus der Tuberculose beim Menschen,

in welcher er seine Resultate in einer Serie von Fällen mittheilte, die klimatischer,

sowie localer und allgemeiner therapeutischer Behandlung unterworfen worden waren. Er betonte den hartnäckigen Widerstand, den der Bacillus allen diesen Agentien entgegensetze, sowie die bemerkenswerth geringen Unterschiede in den antibacillären Eigenschaften der verschiedensten Klimate.

Die Discussion, an der der Präsident, sowie die Herren Lennox Browne und Orwin theilnahmen, förderte nichts Neues zu Tage. Die beiden letztgenannten Herren sprachen günstig von der Milchsäure, Mr. Browne auch vom Menthol. Der Vortragende bemerkte zum Schlusse, dass die Vorredner den Zweck seiner Experimente nicht verstanden zu haben schienen. Er selbst war weder mit dem Menthol noch mit der Milchsäure sonderlich zufrieden.

Es folgte die Verlesung einer Arbeit von Dr. Norris Wolfenden über Schilddrüsenkrebs [vgl. dazu das Referat No. 226 dieser Nummer]. Sodann verlasen die Herren J. M. Hunt (Liverpool) und H. B. Hewetson (Leeds) casuistische Mittheilungen über zwei Fälle von Rhinolithen, und Greville Macdonald (London) eine theoretische Arbeit über

die physicalischen Gesetze gewisser Nasen- und Halskrankheiten,

in welcher er die Existenz mancher hypertrophischer Verhältnisse in der Nase, sowie des Oedems der unteren Muscheln, der Ecchondrosen, Septumdeviationen etc. auf Formen temporärer oder dauernder Stenose der Nasenwege zurückzuführen suchte.

Zum Schlusse zeigte der Präsident einen Fall von grossem, beweglichen Pharynxtumor, der bisweilen weit aus dem Munde des Patienten herausgeschleudert wurde, aber sehr wenig Unbequemlichkeit verursachte.

Gleichzeitig fand eine Ausstellung von Instrumenten und Apparaten, sowie von pathologischen und mikroskopischen Präparaten und mikroskopischen Zeichnungen von Kehlkopfneubildungen (die letzteren ausgestellt von den Herren Norris Wolfenden und Sidney Martin) statt. R. MACKENZIE JOHNSTON.

b) **Nikitin** (Petersburg), **Nasenkrankheiten. (Bolesni nosowoi polosti.)** Verlag der Redaction Praktitscheskaja Medicina. Petersburg 1888.

Dieses in Form von Vorlesungen gehaltene Buch kann als eine zweite bei weitem vermehrte und verbesserte Auflage seiner im Jahre 1882 gedruckten Vorlesungen über Nasenkrankheiten gelten. In diesem Buch hat Verf. sich bemüht, alles in gedrängter Form zu berichten, was in der Literatur der Nasenkrankheiten mehr oder weniger Hervorragendes geleistet worden ist. Das ist dem Verf. auch zum grossen Theil gelungen und dieses Buch kann als eine sehr zeitgemässe Bereicherung der russischen medicinischen Literatur betrachtet werden.

Beim Citiren der Literatur finden wir einige nicht unbedeutende Ungenauigkeiten, so z. B. sagt Verf. p. 127: „Bei häufig recidivirenden Polypen muss man nach dem Rath Mackenzie's die ganze untere Muschel entfernen", während es im Original heisst: „Manchmal ist es wünschenswerth, einen kleinen Theil einer Muschel abzutragen". — p. 67 lesen wir: „Ziem durchstach beim Eröffnen des Labyrinth des Siebbeines die Nasenscheidewand an der Grenze des knorpeligen

und knöchernen Theils", während Ziem an dieser Stelle nicht das Septum durchstach, sondern blos die Siebbeinzellen eröffnete.

Auf p. 61 können wir uns mit einer Contraindication des Verf. nicht einverstanden erklären. Verf. sagt; „Bei bestehenden oder vorausgegangenen Ohrenkrankheiten ist eine galvanocaustische Behandlung der Nasenschleimhaut contraindicirt"; dieses liesse sich nur für die acuten Fälle behaupten, während die chronischen Mittelohrkrankheiten häufig von den catarrhalischen Erkrankungen der Nase und des Rachenraumes ausgehen, die Behandlung der Nase also als die Erfüllung der Indicatio causalis angesehen werden muss.

In den Capitel „Parasiten der Nase" hat Verf. die Arbeit von Partschinski (Petersburg, 1884) über die Sarcophila Wohlfahrti unerwähnt gelassen und das Capitel über Nasenbluten hätte viel gewonnen, wenn die Arbeit Baumgarten's berücksichtigt worden wäre.

Die Diagnose der Nasenpolypen schildert Verf. doch etwas zu schwierig, denn mit Sicherheit will er nur dann einen Polyp diagnosticiren, wenn derselbe nicht besonders tief sitzt. Sonst bleibe es doch nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose.

Abgesehen von diesen und ähnlichen Ungenauigkeiten, die in der nächsten Auflage leicht verbessert werden könnten, müssen wir noch bemerken, dass Verf. in dieser Arbeit, wie auch in seinen früheren, nur sehr selten seine eigene Meinung sagt, wodurch dieses Buch für den Anfänger oder Nichtspecialisten, — und für solche ist es ja geschrieben, — sehr an Werth einbüsst. LUNIN.

c) **Charles E. Sajous** (Philadelphia). **Jahresbericht über die gesammten medicinischen Wissenschaften.** *Annual of the Universal Medical Sciences.* F. A. Davies, Philadelphia und London. 1888.

Unser Specialcollege, Dr. Charles Sajous hat es unternommen, den Aerzten englischer Zunge einen ähnlichen Jahresbericht zur Verfügung zu stellen, wie ihn die deutsche Medicin in Gestalt der bekannten Schmidt'schen Jahrbücher und des Virchow-Hirsch'schen Sammelwerks seit langer Zeit besitzt.

Die Idee ist in der grossartigsten Weise ins Werk gesetzt worden. Unterstützt von 70 Subredacteuren in Amerika und von über 200 correspondirenden Redacteuren, Mitarbeitern und Correspondenten, unter welchen sich viele der ersten Autoritäten ihrer respectiven Fächer befinden, hat Sajous ein Werk geschaffen, auf welches die amerikanische Medicin mit Recht stolz sein darf.

In fünf stattlichen Bänden, auf's Liberalste ausgestattet mit Chromolithographien, Holzschnitten und Plänen, welche dem Werke einen um so höheren Werth verleihen, als dieselben meistentheils mit Erlaubniss der Verfasser reproducirte Abbildungen aus den wichtigsten medicinischen Erzeugnissen des Vorjahres repräsentiren, liegt der erste Jahrgang des Unternehmens vor. Gelingt es dem Herausgeber, die gehoffte Theilnahme zu finden und sich dauernd zu erhalten — wobei freilich der hohe Preis des Werkes (70 Mark) eine gefährliche Klippe bilden dürfte — so ist für die medicinische Literatur ein äusserst dankenswerthes Medium der Verbreitung der wesentlichsten Originalarbeiten der Medicin aller Nationen gewonnen. Denn es ist eines der vortrefflichsten Charakteristica des

Unternehmens, dass in jedem der grossen Culturländer und für jedes der wesentlichen Specialfächer Collegen von anerkannter Erfahrung und Stellung gewonnen sind, deren Aufgabe darin besteht, den speciellen Redacteur für die Abtheilung ihres eigenen Faches auf die wichtigsten Erzeugnisse ihres Specialzweiges, welche innerhalb des Vorjahres in ihrem eigenen Heimathslande publicirt worden sind, aufmerksam zu machen. So wird, wenn auch nicht Vollständigkeit, so doch eine Garantie dafür erzielt, dass nichts wirklich Wesentliches der Aufmerksamkeit der Subredacteure entgeht.

Was unser Specialfach anbelangt, so ist demselben ein Theil des dritten Bandes des Werkes gewidmet.

Die Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen sind von dem Herausgeber des ganzen Unternehmens, Dr. Sajous selbst redigirt, die Krankheiten des Pharynx von Dr. Bryson Delavan, die des Kehlkopfes und Oesophagus von Dr. J. Solis Cohen, diejenigen der Schilddrüse von Dr. Guitéras (Charleston). Der betreffende Abschnitt umfasst gerade 100 Seiten.

Natürlich lässt sich Angesichts der Lebhaftigkeit der literarischen Thätigkeit gerade auf unserem Specialgebiete in so beschränktem Raume nur das Wesentlichste des im Vorjahre Erschienenen und auch dieses nur in Kürze reproduciren. Es gereicht dem Unternehmen aber sehr zum Lobe, dass kaum etwas wirklich Wichtiges ausgelassen worden ist und dass die Berichte durchaus objectiv gehalten sind. Auf eigene Kritik haben die Redacteure fast ganz verzichtet. Zu besonderen Bemerkungen giebt der Abschnitt keinen Anlass. Er gewinnt an Werth durch die ausgezeichneten Reproductionen der Schwabach'schen und v. Kostonecki'schen Darstellungen der anatomischen Verhältnisse des Nasenrachenraums.

Wir wünschen dem Unternehmen guten Erfolg. FELIX SEMON.

---

## R. Voltolini †.

Die medicinische Wissenschaft beklagt den am 10. September cr. erfolgten Tod Rudolf Voltolini's, Prof. in Breslau.

Aeussere Gründe nöthigen die Redaction, den dem hochverdienten Gelehrten gebührenden Nachruf auf die nächste Nummer des Centralblattes zu verschieben.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

FLINZER, Med.-Rath Dr. M., **Die Typhusepidemie in Chemnitz im Jahre 1888 und der Typhus daselbst seit dem Jahre 1837.** gr. 8. Mit Plänen, 2 graphischen Tafeln und Holzschnitten. 1889. 5 M.

FRAENKEL, Dr. C., **Grundriss der Bakterienkunde.** Zweite Auflage. gr. 8. 1887. 8 M.

FRAENKEL, Privatdocent Dr. C. und Stabsarzt Dr. R. PFEIFFER, **Mikrophotographischer Atlas der Bakterienkunde.** In 12—15 Lieferungen. 1889. à Lieferung 4 M.

FRAENTZEL, Prof. Dr. O., **Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens. I. Die idiopathischen Herzvergrösserungen.** gr. 8. 1889. 6 M.

FROMM, Geh. San.-Rath Dr. B., **Zimmer-Gymnastik.** Anleitung zur Ausübung activer, passiver und Widerstandsbewegungen ohne Geräthe nebst Anweisung zur Verhütung von Rückgrats-Verkrümmungen. gr. 8. Mit 72 Figuren im Texte. Zweite Auflage. 1888. 3 M.

GEPPERT, Docent Dr. J., **Ueber das Wesen der Blausäurevergiftung.** Aus dem pharmakologischen Institut zu Bonn. gr. 8. Mit 1 lithogr. Tafel. 1889. (Separatabdruck der Zeitschr. f. klin. Medicin. XV.) 3 M.

GERHARDT, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. C., **Heilkunde und Pflanzenkunde.** Rectorats-Rede. gr. 8. 1889. 60 Pf.

GOWERS, Dr. W. R. und VICTOR HORSLEY, **Ein Fall von Rückenmarksgeschwulst** mit Heilung durch Exstirpation. Uebersetzt und den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewidmet von Geh. Rath Dr. B. Brandis. gr. 8. Mit 1 Tafel und 2 Holzschn. 1889. 2 M.

GURLT, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E., **Leitfaden für Operationsübungen am Cadaver** und deren Verwerthung beim lebenden Menschen. Siebente verbesserte Auflage. 8. 1889. 4 M.

GUTTMANN, Dr. Paul, ärztl. Director des städt. Krankenhauses Moabit, Privatdocent etc., **Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden** für die Brust- und Unterleibsorgane mit Einschluss der Laryngoskopie. Siebente vielfach verbesserte und vermehrte Auflage. gr. 8. 1889. 10 M.

HEIMANN, Dr. A., **Ueber Paralysis agitans** (Schüttellähmung). gr. 8. 1888. 2 M. 40.

HENKE, Prof. Dr. W., **Handatlas und Anleitung zum Studium der Anatomie im Praepariersaale.** I. Cursus. Muskeln, Knochen und Gelenke. 8. 1888. Text und Atlas. Gebunden. 16 M. — II. Cursus. Gefässe, Nerven und Eingeweide. 8. 1889. Text und Atlas. Gebunden. 16 M.

HENOCH, Geh. Rath Prof. Dr., **Vorlesungen über Kinderkrankheiten.** Vierte vermehrte Auflage. gr. 8. 1889. 17 M.

HERMANN, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. L., **Lehrbuch der Physiologie.** Neunte vielfach verbesserte Auflage. gr. 8. Mit 145 Holzschn. 1889. 14 M.

JSRAEL, Docent Dr. O., **Practicum der pathologischen Histologie.** Leitfaden für Studirende und Aerzte. gr. 8. Mit 133 Figuren im Text und 1 Lichtdrucktafel. 1889. 10 M.

JUERGENSEN, Dr. Chr., **Procentische, chemische Zusammenstellung der Nahrungsmittel des Menschen.** Graphisch dargestellt. 4. 1888. 1 M.

KOCH, Geh. Rath Prof. Dr. R., **Die Bekämpfung der Infectionskrankheiten** insbesondere der Kriegsseuchen. Rede. gr. 8. 1888. 1 M.

KOENIG, Geh. Rath. Prof. Dr. Fr., **Lehrbuch der speciellen Chirurgie.** Für Aerzte und Studirende. gr. 8. Fünfte Auflage. In drei Bänden. I. Band mit 136 Holzschnitten. 1889. 13 M. — II. Band mit 135 Holzschnitten. 1889. 16 M. — III. Band. (Unter der Presse.)

v. LANGENBECK, weil. wirkl. Geh. Rath Prof. Dr. B., **Vorlesungen über Akiurgie.** Mit Benutzung hinterlassener Manuscripte herausgegeben von Prof. Dr. Th. Gluck. gr. 8. Mit Portrait. 1888. 15 M.

LANGENBUCH, Prof. Dr. C., **Die Sectio alta subpubica.** Eine anatomisch-chirurgische Studie. Nebst einer Vorbemerkung von Geh. Rath Prof. Dr. W. Waldeyer. gr. 8. Mit 4 Holzschn. in Buntdruck. 1888. 1 M. 60.

LINDEMANN, Dr. E., **Die Nordseeinsel Helgoland** in topographischer, geschichtlicher, sanitärer Beziehung. gr. 8. Mit 2 lithograph. Tafeln, 3 Karten, 9 Tabellen. 1889. 2 M. 50.

MENDEL, Prof. Dr. E., **Die Geisteskranken in dem Entwurf** des bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich. gr. 8. 1889. (Separatabdruck d. Vierteljahrsschrift f. ger. Med.) 1 M. 20.

MUNK, Docent Dr. J., **Physiologie des Menschen und der Säugethiere.** Ein Lehrbuch für Studirende. Zweite verbesserte und vermehrte Auflage. gr. 8. 1888. Mit 90 Holzschnitten. 14 M.

OPPENHEIM, Docent Dr. Herm., **Die traumatischen Neurosen** nach den in der Nervenklinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen bearbeitet. gr. 8. 1889. 3 M. 60.

ORTH, Prof. Dr. Joh., **Compendium der pathologisch-anatomischen Diagnostik,** nebst Anleitung zur Ausführung von Obductionen sowie von pathologisch-histologischen Untersuchungen. Vierte Auflage. gr. 8. 1888. 14 M.

— — **Cursus der normalen Histologie.** Zur Einführung in den Gebrauch des Mikroskopes sowie in das practische Studium der Gewebelehre. Fünfte Auflage. gr. 8. Mit 118 Holzschn. 1888. 8 M.

— — **Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie.** Zweiter Band. 1. Lieferung. Nebennieren u. Harnorgane. gr. 8. Mit 57 Holzschnitten. 1889. 8 M.

RIEBEL, Stabsarzt Dr., **Leitfaden der Krankenwartung.** Zum Gebrauch für die Krankenwartschule des königl. Charité-Krankenhauses. 8. 1889. 2 M.

RINNE, Prof. Dr. F., **Ueber den Eiterungsprocess und seine Metastasen.** Chirurgische Betrachtungen durch Experimente erläutert. Aus dem pathologischen Institut in Greifswald. gr. 8. 1889. (Separatabdruck des Archiv für klin. Chirurgie. XXXIX.) 3 M. 60.

ROOSA, Prof. Dr. D. B. St. John, **Lehrbuch der praktischen Ohrenheilkunde.** Nach der 6. Auflage des Originals bearbeitet von Dr. L. Weiss. gr. 8. Mit 77 Holzschn. 1889. 10 M.

STEFFEN, Dr. A., **Klinik der Kinderkrankheiten.** III. Band. Krankheiten des Herzens. gr. 8. Mit 52 Holzschnitten. 1889. 11 M.

UHTHOFF, Docent Dr. W., **Untersuchungen über die bei der multiplen Herdsklerose vorkommenden Augenstörungen.** I. Theil. gr. 8. Mit 6 lithogr. Tafeln und Holzschn. 1889. (Separatabdruck des Archiv für Psych. und Nervenkr. XXI.) 3 M. 60.

VOSSIUS, Prof. Dr. A., **Leitfaden zum Gebrauch des Augenspiegels.** Für Studirende und Aerzte. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. gr. 8. Mit 40 Holzschn. 1889. 2 M.

WEYL, Dr. Th., **Die Theerfarben** mit besonderer Rücksicht auf Schädlichkeit und Gesetzgebung hygienisch und forensisch-chemisch untersucht. Mit einer Vorrede von Prof. Dr. Eug. Sell. 1. und 2. Lieferung. gr. 8. 1889. à 2 M. 60.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang VI. Berlin, November. 1889. No. 5.

## Rudolf Voltolini †.

Wie bereits in voriger Nummer mitgetheilt, ist Professor Rudolf Voltolini am 9. September im 71. Lebensjahre in Breslau, seinem langjährigen Wirkungsorte, gestorben. Die Laryngologie und die ihr nahe stehenden Zweige der Medicin verlieren in dem Entschlafenen einen ihrer ältesten Vertreter. Im Beginn der neuen Aera stand Voltolini bereits in einem entwickelten Alter. 1819 in Elsterwerda als Sohn eines Postsecretärs geboren, hatte er von seinen in beschränkten Verhätnissen lebenden Eltern die Erlaubniss zum Studium der Medicin zu erringen vermocht und widmete sich demselben in Breslau und Berlin von 1838—1844. Nach im Jahre 1845 erlangter Approbation zuerst in Berlin, dann in Gr.-Streelitz, Lauenburg i. P. und in Falkenberg, hier als Kreisphysicus, thätig, hatte er sich durch Arbeiten auf den verschiedensten Gebieten der Medicin bekannt gemacht. 1852, gelegentlich des Physikatsexamens in Berlin, machte er die Bekanntschaft Kramer's und erlernte von demselben die Anwendung des Ohrenkatheters. Von nun an wandte er sich mehr und mehr dem Studium der Anatomie, Pathologie und Therapie des Gehörorgans zu. 1859 hatte er sich einen Beleuchtungsapparat für das Ohr construirt (Photogenlampe mit Sauerstoffgebläse). Dadurch zog er die Aufmerksamkeit Czermak's auf sich, der ihn zu der Demonstration seiner neuen Untersuchungsmethode in besonderem Schreiben nach Breslau einlud. Die Demonstration fand am 21. September 1859 statt, und Voltolini, der mit Begeisterung die neue Methode ergriffen hatte, deren Bedeutung für die Ohrenheikunde er

vorahnte, konnte Czermak bereits im November mittheilen, dass es ihm mit seinem eigenen Beleuchtungsapparat gelungen sei, die Tubenöffnungen zu sehen. Im März 1860 demonstrirte Voltolini die rhinoscopische Beleuchtung der Tuba Eustachii und deren Catheterisation im Allerheiligen-Hospital in Breslau und am 2. Juli in der Berliner medicinischen Gesellschaft. In demselben Jahre übersiedelte er fest nach Breslau. Wie erfolgreich er hier gewirkt, ist in Aller Gedächtniss. Unermüdlich thätig fast bis zum Tode hat er bahnbrechend für die Diagnose und Behandlung der Nasen- und Nasenrachenkrankheiten gewirkt, die Galvanocaustik, die er von Middeldorpf beherrschen gelernt, in ihrer Technik weiter ausgebildet und für ihre Popularisirung gearbeitet, neue Methoden zur Entfernung von Kehlkopfpolypen ersonnen und noch im letzten Jahre mit wahrhaft jugendlichem Eifer die Durchleuchtung der Nase, des Nasenrachenraumes und der Mundhöhle in Angriff genommen. Bei aller Pflege seiner Specialitäten stand er voll auf dem Boden der Gesammtmedicin, und als Erster hat er auf den Zusammenhang von Nasenpolypen mit Asthma aufmerksam gemacht. Seine Originalität und Derbheit im Verkehr und in der Schrift waren der Mantel eines selbstlosen, warm für die leidende Menschheit schlagenden Herzens. Dankbar werden sein Andenken in Ehren halten seine Patienten, seine Schüler — die Wissenschaft.

Hauptschriften Voltolini's:

Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie, Festschrift zur 50jährigen Jubelfeier der Königlichen Universität zu Breslau, 1861. Breslau.

— 2. Aufl. 1879. Breslau, E. Morgenstern.

Die Anwendung der Galvanocaustik im Innern des Kehlkopfes und Schlundkopfes, sowie in der Mund- und Nasenhöhle und den Ohren. Wien 1871. Braumüller.

Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes, nebst einer Abhandlung über Elektrolyse. Breslau 1888. Morgenstern.

Voltolini war ferner Mitherausgeber der Monatsschrift für Ohrenheilkunde, sowie für Kehlkopf, Nasen-, Rachen-, Ohrenkrankheiten.

Dr. LANDGRAF.

# I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

## Ergebnisse der Sammelforschung.

(Fortsetzung.)

Anhang zu den Abschnitten X. und XI.

Die beiden folgenden Fälle, von denen der Semon-Baron'sche als No. 17 in den Abschnitt X., der Morelli'sche als No. 16 in den Abschnitt XI. gehören dürften, konnten nicht in den vorläufigen Bericht über die Sammelforschung (vgl. Centralblatt, Jahrgang V, Juli 1888, p. 45) und ebensowenig in die Tabelle aufgenommen werden. Denn in dem Semon-Baron'schen Falle, der in der Tabelle noch als einer der von Semon intralaryngeal operirten Fälle von Papillom aufgezählt ist, hat sich die fast unzweifelhaft stattgefundene Umbildung erst nach Fertigstellung der Tabelle vollzogen, und in dem Morelli'schen Falle liegen die Verhältnisse folgendermassen:

Der Herausgeber hatte die Fälle von Navratil und Morelli für identisch gehalten, und sie in der Tabelle beim Namen Navratil's (No. 66, pp. 448 bis 449) direct als identisch bezeichnet. Die Gründe für diese Annahme waren folgende: Prof. Navratil hatte bei Einsendung seines im X. Abschnitt unter No. 9 beschriebenen Falles in einem vom 7. Mai 1888 datirten Begleitbriefe ausdrücklich erklärt: „Indem ich Ihnen die Krankengeschichte übermittele, erlauben Sie mir zu bemerken, dass dies der einzige (!) Fall ist, den ich in meiner 26jährigen laryngo-chirurgischen Praxis zu beobachten Gelegenheit hatte.“ Dr. Morelli hatte andererseits auf die Frage der Sammelforschung — „Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?“ — wörtlich folgendermassen geantwortet: „1 mal. An der Abtheilung des Prof. Navratil als Secundarius.“ — Hiernach konnte der Herausgeber a priori gar nicht daran denken, dass es sich um zwei verschiedene Fälle handle. Ausserdem machte die laconische Kürze des Collegen Morelli in dessen eigenem Beitrag — seine Antwort auf sämmtliche 15 Fragen der Columne 11 (Beschreibung der Fälle von Transformation nach Operationen) zählt in summa 35 Worte! —, wie die fast völlige Identität des Lebensalters beider Kranken (beides Männer), und der Umstand, dass ihm die Aeusserungen Morelli's in der Discussion über den Schnitzler'schen Vortrag in der Wiesbadener Naturforscherversammlung nur in dem kurzen Bericht des Centralblatts (Jahrgang IV. p. 289) zugänglich waren — es dem Herausgeber schlechter-

dings unmöglich zu entdecken, dass es sich in Wahrheit um zwei verschiedene Fälle handle. Nach der Veröffentlichung der Tabelle in der Märznummer dieses Jahres geschah anfänglich seitens der betheiligten Collegen nichts, um den Irrthum zu berichtigen, und erst am 6. Juni, d. h. nach Veröffentlichung des Navratil'schen Falles, in dessen Einleitung wiederum von dem Morelli'schen Falle als identisch mit dem Navratil'schen gesprochen war, gelangte ein vom 29. Mai datirter Brief Prof. Navratil's in den Besitz des Herausgebers, in welchem es heisst: „Ich glaube, Sie werden irrthümlicher Weise meinen Fall, Namens Miszak, mit dem Krankheitsfalle identificiren, den Ihnen Dr. Morelli einsendete. Letzterer wurde ebenfalls (!) auf meiner Abtheilung beobachtet und operirt, und ich bat Morelli, denselben zu publiciren. Doch ist derselbe nicht mit meinem zweiten (!) Falle zu verwechseln, den ich Ihnen selbst mittheilte, und dessen ausser Acht lassen das statistische Ergebniss nicht ohne Nachtheil beeinflussen würde." — Ein Vergleich dieser Worte Prof. Navratil's mit denen seines Briefes vom 7. Mai 1888 zeigt klar, wo die Ursache des Missverständnisses liegt: in seinem letzten Briefe spricht der College von seinem „zweiten" Falle, während er in seinem ersten Briefe ausdrücklich sagt, dass der von ihm eingesandte Fall der „einzige" sei, den er im Laufe seiner laryngo-chirurgischen Praxis zu beobachten Gelegenheit gehabt habe!

Ende desselben Monats erhielt dann der Herausgeber folgenden[1]), vom 25. Juni datirten Brief von Dr. Morelli:

Sehr geehrter Herr College!

Ich bedauere sehr, dass wegen meiner laconischen Kürze in der ausserordentlich interessanten und mühsamen Sammelforschung sich ein störender Irrthum eingeschlichen hat. Der Grund ist weder bei Herrn Professor (sc. Navratil), noch bei Ihnen, noch bei mir zu finden. (?)

Sie werden begreifen, dass ich es für meine Pflicht hielt, den Fall in der Sammelforschung zu erwähnen, nachdem ich ihn bereits in Wiesbaden, anknüpfend an den Vortrag des Herrn Prof. Schnitzler kurz beschrieben hatte, wobei ich auch bemerken musste, dass Herr Prof. Navratil, gewiss mit Recht, sich die näheren Daten vorbehielte. Leider war gerade zu der Zeit, als Herr Professor seine Daten zusammenstellte, mir nicht das Vergnügen gegönnt, diese Angelegenheit mit ihm zu besprechen. Da der Kranke knapp vor Abreise des Herrn Professors in die Abtheilung kam, von mir tracheotomirt wurde, weiterhin unter meiner Controle blieb, dann nach 16 Monaten nicht in der laryngo-rhinologischen, sondern in der zweiten, chirurgischen Abtheilung des Herrn Professors mit Carcinom erschien, dort aber kurz als inoperabel abgewiesen wurde, — ist es leicht erklärlich, dass dieser Fall dem Herrn Professor aus dem Gedächtnisse

---

[1]) Der Herausgeber hat sich gestattet, im Interesse der Deutlichkeit in diesem deutsch geschriebenen Briefe, dessen ausländischer Ursprung indessen leicht erkennbar ist, geringe stilistische Veränderungen anzubringen, der Sinn ist indessen treu gewahrt.

entfiel. Zu weiterem Verständniss muss ich erklären, dass Herr Prof. Navratil Vorstand zweier Abtheilungen ist, von denen die zweite, chirurgische Abtheilung, wie auch die Ambulanz, interimistisch in der Abwesenheit des Herrn Professors von mir geleitet wurde.

Bei unserem nächsten Wiedersehen erinnerte sich der Herr Professor, als die Sammelforschung zur Sprache kam, des Falles, nicht aber seines Ausganges, dessen Daten aber in dem Ambulanzbuche der zweiten, chirurgischen Abtheilung eingetragen sind und mir um so mehr im Gedächtniss blieben, als ich den Patienten bei seinem letzten Erscheinen auch laryngoskopirte.

Durch Güte des Herrn Professors ist mir jetzt die Gelegenheit geboten, den Fall, welcher nicht zweifelhaft erscheinen wird, nachdem die carcinomatöse Entartung erst nach vier Jahren constatirt wurde (? Herausgeber), im Detail Ihnen zur Verfügung zu stellen mit dem Ersuchen, ihn im Interesse der Wahrheit der statistischen Daten gefälligst in die Sammelforschung rectificirend aufnehmen zu wollen.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ihr ergebener

Dr. Carl Morelli.

Der Herausgeber nimmt mit grösstem Vergnügen von dieser Berichtigung Kenntniss, welche die Entstehungsgeschichte des Missverständnisses so natürlich aufklärt. Ihm kam es nur darauf an, den Nachweis zu liefern, dass er selbst sich nicht oberflächlicher oder ungenügender Erwägung des eingesandten Materials in einer Angelegenheit schuldig gemacht hat, in welcher ihm durch das Vertrauen seiner Fachgenossen die Ergebnisse ihrer eigenen langjährigen Erfahrungen zur Verfügung gestellt worden sind, und in welcher der Nachweis von Flüchtigkeit, selbst in einem vereinzelten Falle, mit Recht Zweifel an der Gründlichkeit der Bearbeitung im Allgemeinen erwecken konnte. Dieser Standpunkt wird, so hofft er, die Ausführlichkeit der Mittheilung der Entstehungsgeschichte des fraglichen Irrthums erklären.

Es folgen nunmehr die beiden Fälle:

X. 17. Felix Semon (London) — Barclay J. Baron (Bristol). Mrs. E. T. aus Bristol, 30 Jahre alt, consultirte den Herausgeber am 10. Mai 1884. Sie hatte vor etwa fünf Jahren nach Geburt ihres jüngsten Kindes allmälig und schmerzlos ihre Stimme verloren, und war zur Zeit der ersten Consultation fast vollständig aphonisch. — Die Patientin stammte aus gesunder, langlebiger Familie und war früher selbst nie ernstlich krank gewesen. Bevor sie den Herausgeber consultirte, war sie lange unter der Behandlung eines anderen Londoner Laryngologen gewesen und von diesem, ihrer Angabe nach, in Zwischenräumen mit intralaryngealen Operationen, über die sie nichts Näheres anzugeben wusste, Inhalationen, Insufflationen, intralaryngealer Faradisation etc. behandelt worden. Die Stimme war aber immer gleich aphonisch geblieben.

Schliesslich war eine Consultation mit einem Kliniker veranstaltet worden, bei der angeblich Phthise im rechten Apex constatirt worden sein sollte.

Status präsens: Wohlgebaute, gut genährte, gesund aussehende, sehr erregbare Frau. Im zweiten Intercostalraum rechts leichte Dämpfung und gelegentlich nach Husten geringes crepitirendes, bisweilen auch klingendes Rasseln, sonst Lungen gesund. Alle constitutionellen Symptome von Tuberculose fehlen. „Beide Stimmbänder, besonders aber das linke, so stark verdickt, dass es fast aussieht, als handle es sich um eine allgemeine fibroide Entartung derselben. Dabei sind sie enorm congestionirt, an der vorderen Commissur miteinander verwachsen (wenn an der betreffenden Stelle sich nicht eine zwischen sie drängende Neubildung befindet?), theilweise von Epithel entblöst, und sehen grade so aus, als ob an ihnen viel herumoperirt worden wäre, was denn auch auf Befragen zugestanden wird. [Es verdient hier bemerkt zu werden, dass die oben gegebene Vorgeschichte, so weit sie die frühere locale Behandlung betrifft, von der Patientin und deren Gatten erst dann widerstrebend mitgetheilt wurde, als ihnen mit Bestimmtheit gesagt wurde, dass im Kehlkopf der Kranken locale Eingriffe vorgenommen worden sein müssten.] Beim Phonationsversuch erfolgt nie vollständiger Glottisschluss. Für Phthise absolut nichts Charakteristisches. Rest des Kehlkopfs ganz gesund."

Vorstehendes sind die am 10. Mai 1884 gemachten Notizen über den an diesem Tage aufgenommenen Kehlkopfbefund. Dem Gatten der Patientin wurde ein genaues Bild der Sachlage gegeben und ihm gesagt, dass es nach dieser einen Untersuchung nicht möglich sei, eine positive Diagnose hinsichtlich der Natur des Kehlkopfleidens zu stellen. Es wurde eine Wiederholung der Untersuchung einen Monat später gewünscht (die Patientin musste aus häuslichen Gründen zunächst nach Bristol zurückkehren), und für die Zwischenzeit vollständige Stimmruhe, Aufenthalt in geschütztem Seeklima, sedative Einathmungen etc. empfohlen.

Als die Patientin sich am 10. Juli wieder vorstellte, war die Sachlage völlig unverändert, und auch bei der nächsten Untersuchung, am 30. October, war nur eine ganz geringe Abschwellung der Stimmbänder zu constatiren. Die gelegentlichen Rasselgeräusche in der rechten Lungenspitze waren nicht mehr zu hören. Allgemeinbefinden vorzüglich. Am 21. Januar 1885 hatte die Abschwellung der Stimmbänder in den hinteren Abschnitten weitere Fortschritte gemacht; noch immer aber war es unmöglich, mittelst der laryngoskopischen Untersuchung zu entscheiden, ob dieselben vorn verwachsen seien, oder ob sich zwischen ihnen eine Neubildung befände, und die sehr ängstliche Patientin widersetzte sich jeder Sondenberührung. Ende Juni desselben Jahres war es endlich möglich, mit Sicherheit zu diagnosticiren, dass sich in der vorderen Commissur eine, anscheinend papillomatöse, Neubildung befand. Dieselbe drängte sich zwischen den vorderen Enden der Stimmbänder nach oben, und auch die vorderen Drittel der Stimmbänder, namentlich des linken, zeigten kleine papillomatöse Auswüchse. Prof. Lefferts aus New-York, der zu jener Zeit zufällig in London anwesend war, und die Güte hatte, die Patientin bei einer Gelegenheit mit dem Herausgeber gemeinschaftlich zu untersuchen, diagnosticirte ebenfalls „Papillom des

Kehlkopfs". Eine Zeichnung, die er bei jener Gelegenheit von dem Kehlkopfbild entwarf und welche vollständig der eben gegebenen Beschreibung des derzeitigen Befundes entspricht, befindet sich im Besitz des Herausgebers. Am 23. September desselben Jahres war die Neubildung etwas grösser, sonst der Befund ziemlich unverändert. Zu Ende des Jahres entschloss sich die Patientin zur intralaryngealen Entfernung der Neubildung, die inzwischen wiederum etwas gewachsen war. Die mittelst der Zange unter Cocaïn vorgenommenen Operationen boten in Folge der excessiven Aengstlichkeit und Reizbarkeit der Patientin ganz ungewöhnliche Schwierigkeiten, und mussten ausserdem einen vollen Monat wegen einer intercurrenten Pleuritis unterbrochen werden. Am 10. Februar 1886 aber war jede Spur der Neubildung entfernt, der Glottisschluss bei der Phonation vollkommen, die seit fast sieben Jahren verloren gewesene Stimme tönend, klar und von normalem Timbre. Die Stimmbänder waren noch etwas geröthet, wiesen aber im Uebrigen keine Spur von dem überstandenen Leiden auf; ihre Bewegungen waren nach beiden Richtungen hin ganz frei. Die Patientin reiste geheilt nach Bristol zurück. Der Herausgeber kann leider nicht die genaue Anzahl der stattgehabten Sitzungen angeben, da seine Bestellbücher aus jener Zeit nicht aufbewahrt sind; seiner Erinnerung nach aber haben im Ganzen etwa 40 Sitzungen (inclusive adstringirender Applicationen zwischen den Zangenoperationen und nach der vollständigen Entfernung der Neubildung) stattgefunden. Makroskopisch bot die Geschwulst das typische Bild eines Papilloms, und die bei einer Gelegenheit vorgenommene mikroskopische Untersuchung eines eben entfernten Fragments (Zerzupfungspräparat) lieferte dasselbe Resultat. Die mikroskopische Untersuchung wurde nicht wiederholt, da derzeit nicht der geringste Grund zu dem Glauben vorlag, dass es sich um etwas anderes, als ein gewöhnliches Papillom handeln könne. — Die Patientin besuchte seitdem, so oft sie nach London kam, den Herausgeber. Bis Ende Mai 1888, also volle $2^1/_4$ Jahre nach dem Abschluss der Operationen, waren diese Visiten theilweise von Dankbarkeit über den Wiedergewinn der Stimme, theilweise von dem Wunsche der sehr nervösen Dame eingegeben, ganz sicher darüber zu sein, dass ihr Kehlkopf sich in normalem Zustande befände. Letzteres konnte jedesmal bestätigt werden, und diese Besuche hatten jedenfalls das Gute, dass mit voller Bestimmtheit angegeben werden kann, dass noch am 28. März 1888, also mehr als zwei Jahre nach der Operation, der Kehlkopf völlig normal war. (Der Fall ist daher auch selbstverständlich unter die in der Tabelle aufgezählten gutartigen Geschwülste, die der Herausgeber beobachtet hat, aufgenommen worden.) Als sich aber die Patientin kaum zwei Monate nach dieser Untersuchung, nämlich am 23. Mai 1888, von Neuem vorstellte, hatte sich der Befund wesentlich verändert. Mitten auf der unteren, laryngealen Fläche der Epiglottis sass links, nahezu einen Centimeter von der Insertionsstelle der früheren Geschwulst entfernt, eine genau wie ein breitbasiges Papillom aussehende, weisse, etwa kirschkerngrosse Geschwulst. Die Schleimhaut zwischen derselben und der vorderen Commissur war geröthet, sonst anscheinend unverändert. Die Stimmbänder und die vordere Commissur waren zu jener Zeit frei von einer eigentlichen Neubildung, aber geröthet und geschwollen, ihre Bewegungen etwas

träger als normal. Die Stimme war heiser und schwach, die im dritten Monat schwangere Patientin war noch aufgeregter und nervöser als gewöhnlich, und klagte über ein Gefühl von Unbehagen im Kehlkopf. Aussen am Halse war nichts Abnormes zu constatiren, keine Lymphdrüsenschwellung, Kehlkopf auf Druck nicht empfindlich. Keine Schlingbeschwerden. Allgemeinbefinden gut. In sechs Sitzungen wurde mit vieler Mühe die Neubildung in winzigen Fragmenten von der Epiglottis vollständig entfernt, und dann zu einer adstringirenden Localbehandlung der Stimmbänder, vereint mit sanfter äusserlicher Anwendung der Elektricität über den Mm. crico-thyreoidei, geschritten. Die Nervosität der Patientin aber hatte sich trotz der Anwendung von Cocaïn und des innerlichen Gebrauchs von Bromkalium von Sitzung zu Sitzung dermassen gesteigert, dass der Herausgeber es schon nach drei weiteren Sitzungen mit Rücksicht auf die Gravidität nicht für rathsam hielt, mit der Localbehandlung weiter fortzufahren, und der Patientin rieth, deren Fortsetzung bis nach Ablauf der Schwangerschaft zu vertagen. Die Patientin folgte diesem Rathe und reiste nach neuntägigem Aufenthalt am 2. Juni nach Bristol zurück. Zu jener Zeit war der Kehlkopfbefund folgender: „An der unteren Fläche der Epiglottis, links, eine von Epithel entblösste, nagelkopfgrosse Stelle, umgeben von gerötheter Schleimhaut; beide Stimmbänder geröthet und geschwollen, etwas träge in ihren Bewegungen; nirgendswo im Kehlkopf etwas von Neubildung sichtbar".

Am 5. November 1888 erhielt der Herausgeber folgenden Brief von Dr. Barclay J. Baron (Bristol):

Sehr geehrter Herr College!

„Ich habe heute in Consultation mit dem Hausarzt Mrs. T. gesehen, die unter Ihrer Behandlung gewesen ist. Sie klagt über Athembeschwerden beim Versuch, sich niederzulegen, und hat geringe Schmerzen im Halse gehabt. Ausserdem ist sie aphonisch. Ich finde den Rachen, die Uvula etc. relaxirt und, anscheinend von der Basis der Epiglottis ausgehend, eine dünne Schicht einer Neubildung, die links so weit vorspringt, dass sie mich verhindert, eine Ansicht von dem linken Stimmband zu erhalten. Das rechte Stimmband ist in Folge einer Lücke in der Neubildung sichtbar und erscheint roth und verdickt. Ich möchte gern von ihnen hören, wie die Sachlage war, als Sie die Patientin zuletzt sahen, und an welcher Stelle des Kehlkopfs Sie operirt haben . . ." (Folgen Angaben über die eingeschlagene Therapie.)

Ihr ergebenster

Barclay J. Baron."

In Beantwortung dieses Briefes gab der Herausgeber dem Collegen einen kurzen Abriss vorstehender Krankengeschichte und bat ihn seinerseits um fortlaufende Nachrichten über die Weiterentwicklung des Leidens. Dr. Baron hat die Güte gehabt, diesem Wunsche Folge zu leisten, und ihm gehört nunmehr das Wort:

„Der saumähnliche Auswuchs von der Basis der Epiglottis", schreibt er in einem bis zum 23. August 1889 reichenden, dem Herausgeber freundlichst zur

Verfügung gestellten Berichte, „welcher bei meiner ersten Untersuchung das linke Stimmband verdeckte, fuhr fort, sich zu vergrössern. bis fast nichts mehr von den Theilen unterhalb der Epiglottis gesehen werden konnte. Seine Farbe war röthlich-weiss, er war glatt und seinem Aussehen nach knorpelähnlich. Im Verhältniss, wie er über dem Kehlkopfeingang an Grösse zunahm, wurde die Athmung mehr und mehr erschwert und geräuschvoll, und die Kranke wurde gezwungen, in sitzender Stellung zu schlafen. Sie hatte keine Schmerzen, klagte aber über ein Hinderniss beim Schlingen, welches offenbar durch den Druck der Epiglottis auf die Neubildung bedingt war; indessen gelangten die Speisen nicht in den Kehlkopf."

„Im December gebar die Kranke ein lebendes Kind, welches aber nach zwei Wochen starb. Am 7. Januar 1889 sah ich sie wieder, da sie über beträchtliche Schmerzen beim Schlingen und Sprechen klagte. Dieser Schmerz war auf die linke Kehlkopfhälfte localisirt und nicht lancinirenden Charakters. Die Schildknorpelgegend war auf Druck beiderseits empfindlich. Die Kranke war ganz aphonisch, die Athmung geräuschvoller, als ich sie früher gehört hatte. Laryngoskopisch konnte ich ermitteln, dass der hintere freie Rand der epiglottischen Neubildung nicht mehr eben, wie früher, war, sondern unregelmässig, wie erodirt, und dass sich die Geschwulst in ihrem Durchmesser von vorn nach hinten verkleinert hatte. Ich konnte einen Theil der seitlichen und hinteren Wandungen des Kehlkopfs sehen; beiderseits, besonders aber rechts, war beträchtliche Schwellung und Röthung der Taschenbänder vorhanden, welche weit bis zur Mittellinie der Glottis vorragten. Offenbar hatte ein perichondritischer Process begonnen."

„In den nächsten Tagen nahm die Schwellung beträchlich zu, die Dyspnoë und der Stridor vergrösserten sich, das Schlingen wurde schmerzhaft, und die Vornahme der Tracheotomie musste in Erwägung gezogen werden. Unter geeigneter Behandlung erfolgte indessen, obwohl äusserst langsam, ein Rückgang ohne Knorpelnecrose."

„Die Neubildung an der Epiglottis stiess sich allmälig beim Husten etc. ab, gewöhnlich aber in solch' äusserst winzigen Fragmenten, dass trotz meiner wiederholten Bitte, dieselben sorgfältig aufzubewahren, eine Zeit lang die Erfüllung dieses Wunsches unmöglich war. Schliesslich aber wurde ein verhältnissmässig grosses Fragment expectorirt, welches von mir im Juli Dr. Semon zugestellt, und von diesem Mr. Shattock zur mikroskopischen Untersuchung übermittelt wurde. [Ueber das Resultat derselben vgl. weiterhin. Herausgeber.] Noch ehe mir dieses Stück zugestellt wurde, war es mir möglich zu sagen, dass es abgestossen sein müsse, und ebenso, seine Form und Grösse anzugeben, weil ich bei meinem Besuche am Tage vorher einen Geschwulsttheil bemerkt hatte, dessen weisse Farbe scharf mit der röthlichen Farbe der Hauptmasse des Tumors contrastirte, und weil ich mehrfach gefunden hatte, dass eine solche Farbenveränderung der Abstossung von Fragmenten irgendwie nennenswerther Grösse vorherzugehen pflegte. Auch in der Folge fand ich dies mehrfach bestätigt."

„Diese Spontanabstossung der Geschwulst, welche den Einblick in den Kehlkopf verhindert hatte, ermöglichte mir die Wahrnehmung, dass das linke

Stimmband in seinen vorderen zwei Dritteln der Sitz einer unregelmässigen, rothen, fleischigen Neubildung war, welche sich bis zur Seite der Epiglottis, bis zum Taschenbande und bis in die Regio subglottica erstreckte, und in der Nähe der Epiglottis am stärksten ausgebildet war. Das Stimmband war nicht vollständig unbeweglich, aber träge in seinen Bewegungen. Das rechte Stimmband war geröthet, aber, wie es mir schien, nur in Folge der Reibung gegen das verdickte linke Stimmband. Starker Husten mit fötidem Auswurf war vorhanden; letzterer aber war nur selten blutig, und selbst dann waren nur einige wenige Blutstreifchen vorhanden."

„Gegen Ende Februar befand sich die Kranke besser; beide Stimmbänder waren sichtbar, das linke bewegte sich freier, das rechte war noch immer congestionirt, sonst aber normal. Die Geschwulst an der Epiglottis war auf eine Reihe unregelmässiger Knötchen, welche die Basis derselben einnahmen, reducirt; die hintere Larynxwand frei von Erkrankung; Husten und Athmung viel besser; die Patientin konnte mit rauher Flüsterstimme sprechen und hatte beim Schlingen und Sprechen so gut wie keine Schmerzen."

„Diese anscheinende Verbesserung hielt aber nur sehr kurze Zeit an. Ich sah, wie eine kleine, roth gefärbte, kegelförmige Neubildung am rechten Stimmbande erschien und zu wachsen fortfuhr. An der linken Seite waren gleichzeitig zwei Processe in Thätigkeit. Einmal zeigte sich erneuerte Activität in der Geschwulst am vorderen Ende des Stimmbandes und Taschenbandes, indem von derselben rothe Sprossen mit ebenso grosser Geschwindigkeit aufschossen wie mortificirten, resp. sich aus glatten, rothen Auswüchsen zu unregelmässigen, grauen, absterbenden Hautwarzen nicht unähnlichen Knötchen umbildeten. Dieselben lösten sich leicht ab, und die Patientin entfernte sie constant in winzigen Fragmenten mit dem Sputum, welches ebenso, wie der Athem, jetzt äusserst fötid war."

„Diese pathologischen Veränderungen waren äusserst frappant, und obwohl ich Mrs. T. derzeit täglich sah, so war ich oft erstaunt, zu sehen, welch' bedeutende Veränderungen sich in kürzester Zeit vollzogen hatten: Geschwulstmassen, die ich heute gesehen, waren morgen nicht mehr vorhanden, und andere Massen, die vorher unsichtbar waren, hatten sich in der Zwischenzeit entwickelt. Ich halte dies für eine recht wichtige Beobachtung. Allmälig erfolgte eine Invasion beider Kehlkopfhälften, die Stimmbänder wurden von Geschwulstmassen ganz verdeckt, und ich hatte von Neuem die Frage der Vornahme der Tracheotomie zu erwägen. Bei der ganz aussergewöhnlichen Nervosität und Aengstlichkeit der Patientin war die Discussion der Operationsfrage ein äusserst delicater Gegenstand."

„Am 21. März hatte ich eine Consultation mit Dr. Semon, und wir riethen der Patientin dringend zur Vornahme der Tracheotomie, welche vier Tage später erfolgreich vollzogen wurde."

[Ergänzend möchte der Herausgeber hier Folgendes bemerken:

Als er die Patientin am 21. März, also $9\frac{1}{2}$ Monate nachdem er ihren Kehlkopf zuletzt untersucht (vgl. oben), wiedersah, hatte sich

das Kehlkopfbild bis zur vollständigen Unkenntlichkeit verändert. Der basale Theil der unteren Epiglottisfläche war mit den vom Collegen Baron geschilderten Knötchen besetzt. Die Veränderungen an der Epiglottis aber traten gegenüber denjenigen, die sich in der Zwischenzeit im Innern des Kehlkopfes vollzogen hatten, völlig zurück: das ganze eigentliche Kehlkopfinnere glich einer theilweise von noch papillomähnlichen weisslichen, theilweise von rothen und grauen Höckern und Knötchen gebildeten Hügellandschaft, in welcher alle präformirten Organtheile untergegangen waren, und welche sich, so weit man sehen konnte, vorn tief in die Regio subglottica erstreckte. Nach aussen reichte die Neubildung eben bis zu den freien Rändern der arytaeno-epiglottischen Ligamente, die hintere Fläche der Arytaenoidknorpel aber und die Regio interarytaenoidea war noch immer frei. Die Glottis war in eine unregelmässige, äusserst enge Spalte verwandelt, die nur ganz hinten noch ein klein wenig weiter war; die Athmung war erschwert und nach jeder noch so kleinen Anstrengung deutlich stridulös, die Stimme völlig aphonisch. Der Kehlkopf war stark verbreitert und auf Druck empfindlich, die Haut über ihm stark gespannt und grossentheils den unterliegenden Weichtheilen adhärent; Lymphdrüsenschwellungen am Halse konnten nicht constatirt werden. Das Allgemeinbefinden hatte seit dem Vorjahre entschieden gelitten, obwohl es noch immer leidlich zu nennen war.

Man konnte seine Augen der Thatsache nicht verschliessen, dass hier aller Wahrscheinlichkeit nach leider eine bösartige Umbildung erfolgt war.[1]) Zwar warnte die ja in so vielen Beziehungen ungewöhnliche Vorgeschichte, die auffallenden Besserungen, die von Zeit zu Zeit aufgetreten waren, das verhältnissmässig jugendliche Alter der Patientin, die mehrfachen, dem Herausgeber in frischer Erinnerung stehenden diagnostischen Irrthümer, welche die Sammelforschung eben erst aufgedeckt hatte, vor übereilten Schlüssen, doch liess der Verlauf des Leidens im letzten Jahre, der gegenwärtige Befund, die Integrität der anderen Organe der Kranken in der That keinen anderen Schluss zu, als dass nunmehr eine maligne Kehlkopfneubildung vorläge. Für Syphilis war nicht der geringste Anhaltspunkt vorhanden, der zu einer frühen Periode des Leidens von anderer Seite gehegte Verdacht auf Tuberculose hatte sich in keiner Weise bestätigt, Lupus und Lepra waren ebenso gut auszuschliessen — so blieb eben nur die Möglichkeit des Carcinoms oder Sarcoms, zu deren absoluter Constatirung höchstens noch die histologische Untersuchung fehlte.

Therapeutisch konnte zu jener Zeit behufs radicaler Hebung des Leidens natürlich nur noch die Totalexstirpation des Kehlkopfes in Frage kommen. Aber abgesehen davon, dass diese Operation vom wissenschaftlichen Standpunkte keinesfalls mehr warm empfohlen wer-

---

[1]) Vgl. die bezügliche Anmerkung in der diesjährigen Juninummer, p. 597.

den konnte, da es nach dem mitgetheilten Befunde nur zu wahrscheinlich war, dass das Leiden nicht mehr auf das Kehlkopfinnere beschränkt war, liess sich bei dem Charakter der bedauernswerthen Patientin voraussehen, dass dieselbe sich unter keinen Umständen zu dieser Operation verstehen, der blosse Vorschlag derselben dagegen noch den Rest ihres Lebens verbittern würde. So begnügten sich denn der Herausgeber und Dr. Baron damit, dem Gatten der Kranken ein klares Bild der Sachlage zu geben und die Frage der Radicaloperation mit ihm zu erörtern, der Patientin selbst hingegen nur die baldigste Vornahme der Tracheotomie zu empfehlen. Ausserdem sollte, um nichts zu versäumen, eine Zeit lang eine antisyphilitische Behandlung durchgeführt werden, so wenig Verdacht auf Syphilis auch vorlag.]

Dr. Baron fährt nun fort:

„Die Kranke wurde in ihrem Allgemeinbefinden durch die Vornahme der Tracheotomie in Folge der besseren Oxygenation des Blutes bedeutend gebessert, eine locale Verbesserung aber folgte meiner Ansicht nach nicht. Die gleichzeitig eingeschlagene antisyphilitische Behandlung erwies sich als vollständig wirkungslos und wurde nach längerer Probezeit aufgegeben.“

„Die Neubildung nahm stetig zu und ergriff die benachbarten Theile, so dass de facto schliesslich nichts mehr laryngoscopisch zu sehen war als eine Masse rother Knötchen, welche jetzt jedoch keine Neigung zum Zerfall zeigten. Auch die hintere Wand des Kehlkopfs wurde nunmehr befallen, jedoch nicht annähernd in der Ausdehnung wie die vorderen Abschnitte des Organs. Es traten ziemlich starke und ins linke Ohr schiessende Schmerzen hauptsächlich in der linken Seite des Halses auf, auch erfolgte Wochen lang fast täglich Absonderung blutigen Schleims durch die Canüle. Die Patientin magerte ab, obwohl keine Zeichen von secundärer Affection vorhanden waren. Im Monat Mai hatte sie einen schweren Anfall von Perichondritis, welche die Epiglottis betraf und den Einblick in den Kehlkopf dermassen verhinderte, dass ich ausser Stande bin zu sagen, ob auch die tiefer gelegenen Theile des Kehlkopfs afficirt waren. Jedenfalls war die rechte Kehlkopfhälfte aussen stark geschwollen und auch die Drüsen unter dem rechten Sternocleidomastoideus schwollen an und wurden auf Druck empfindlich. Das Schlucken wurde sehr erschwert und Wochen hindurch gelangte häufig die Nahrung durch die Canüle nach aussen, zweifelsohne in Folge davon, dass die geschwollene und aufrecht stehende Epiglottis nicht als Ventil fungiren konnte. Dieselbe nahm sehr langsam allmälig ein normaleres Aussehen an, blieb aber immer noch so entzündet in ihrem basalen Theile und so fixirt, dass ich seitdem nicht wieder einen guten Einblick in den Kehlkopf habe gewinnen können. Die äussere Drüsenschwellung ging ziemlich beträchtlich zurück, der Kehlkopf selbst aber blieb Ende des Monats in allen seinen Durchmessern verbreitert zurück und war auch nicht mehr so frei beweglich, wie er es früher gewesen war. Anfang Juni bildete sich ein kleiner Abscess vor dem Schildknorpel, der geöffnet werden musste; derselbe secernirt noch immer, bisher aber ist noch kein grösseres Stück nekrotischen Knorpels entleert worden, obwohl das Secret zeitweise blutig gefärbt

und sehr fötid ist. Der Kehlkopf ist von der Neubildung vollständig angefüllt, und ist in seinem seitlichen und sagittalen Durchmesser so vergrössert, dass er in der Breite etwa 4 Zoll misst und unter dem Kinn hervorragt. Zu seinen beiden Seiten, besonders links, sind harte Knoten zu fühlen, auch sind die Drüsen beiderseits afficirt. Schmerz macht sich nicht sehr bemerklich, feste Nahrung gelangt leicht in den Kehlkopf, die Patientin kann indessen flüssige und halbflüssige Speisen leicht zu sich nehmen. Sie magert constant ab, sah aber noch leidlich wohl aus bis zum 13. August, an welchem Tage sie unglücklicherweise beim Reinigen ihrer Canüle ein Stück der zu diesem Zwecke benutzten Drahtbürste im Innern der Canüle abbrach. Sie befand sich auf dem Lande, als dieser Unfall erfolgte; die Canüle musste entfernt werden, und der Arzt, welcher sie wieder einzuführen versuchte, that dies ohne den gehörigen Piloten und verursachte sehr beträchtliche Blutung in Folge falscher Passagen. Viel Blut gelangte dabei in die Luftwege. Seitdem fühlt sich die Kranke sehr schwach, leidet an Husten mit blutigem Auswurf, ihre Temperatur hat von 38,0—39,5° C. variirt, sie hat mehrere Schüttelfröste gehabt und ihre Kräfte sinken augenscheinlich rapid. Ihr Hausarzt versichert mich, dass die Lungen nicht afficirt sind, und es dürfte daher am wahrscheinlichsten sein, dass Pyämie vorliegt."

„Seit dem 6. August habe ich das Auftreten und Wachsen eines Knötchens an der linken Seite der oberen Fläche der Epiglottis beobachtet; dasselbe ist roth, sieht entzündet aus und ist jetzt etwa bohnengross. Seine Oberfläche ist unregelmässig. Seit seinem Auftreten hat die Kranke über ein Gefühl von „Völle" im Halse geklagt. Der 6. August ist der erste Tag, an welchem die obere Fläche der Epiglottis befallen wurde, obwohl ihre untere Fläche so viele Monate vorher erkrankt war. Dies scheint mir erwähnenswerth."

„Die Gegend der Abscessöffnung ist von einer wuchernden Masse umgeben und eine in die Wunde eingeführte Sonde kann zu beiden Seiten des Kehlkopfs bis zu einer Tiefe von 4 Zollen eingeführt werden."

„Bisher hat sich die Geschwulst hauptsächlich in der Richtung nach vorn entwickelt und ich hoffe, dass der Fall ohne Ergriffenwerden des Oesophagus abschliessen wird, so dass der bedauernswerthen Patientin die Qualen des Hungers erspart bleiben, welche die Affection der Speiseröhre nach sich ziehen würde."

Dieser Bericht wurde von Dr. Baron am 13. September folgendermassen vervollständigt:

„Seit meinem letzten Bericht ging es mit Mrs. T. ziemlich gleichmässig abwärts, constant hektische Temperaturen ‚38,0—38,5° Morgens, 40° Abends, Husten und Expectoration grosser Quantitäten intensiv stinkenden, braunen Eiters. Dämpfung mit ungenügendem Athemgeräusch und Schmerz bei der Inspiration an der Basis der rechten Lunge. Ich diagnosticirte einen pleuritischen Erguss mit anscheinendem Verschluss eines Bronchus und Collaps der Lunge. Am 3. September fand ich rechts Bronchialathmen bis zum Schulterblattwinkel, am meisten markirt oberhalb des Niveaus des pleuritischen Ergusses, und begleitet von zahlreichen groben Rasselgeräuschen. Dies deutete auf rapide, nach dem Charakter der Expectoration zu schliessen, sicherlich gangränöse Zerstörung des Lungengewebes hin, die ebensowohl durch secundäre Infiltration der Lunge,

wie durch das Stück der Drahtbürste bewirkt sein konnte, das zweifellos in den Luftwegen zurückgeblieben war. Eine laryngoscopische Untersuchung vorzunehmen, war in letzter Zeit wegen der Schwäche der Patientin unmöglich. Sie starb bei vollständig erhaltenem Bewusstsein plötzlich am 7. September 1889 an Syncope und Erschöpfung. Der Kehlkopf nebst Umgebung wurde von mir 2 Stunden nach dem Tode entfernt und am 13. September Mr. Shattock zugesandt."

Soweit Dr. Baron's Bericht.

Das von ihm im Juli dem Herausgeber überbrachte, im Februar dieses Jahres expectorirte Stück der Neubildung wurde von letzterem sofort seinem Collegen Mr. S. G. Shattock, dem Pathologen des Londoner St. Thomas-Hospitals ausgehändigt, welcher die Güte gehabt hat, folgenden Bericht über die mikroskopische Untersuchung desselben einzusenden:

„Die durch die Mitte des expectorirten Stückes geführten Schnitte sind etwa dreieckiger Gestalt und in maximo etwa 3 Mm. lang, zeigen aber die Structur der Geschwulst vollkommen. Das Gewebe wurde nach Härtung in Alkohol mit dem Gefriermikrotom in Schnitte zerlegt und mit der Ehrlich'schen Haematoxylinlösung in der gewöhnlichen Weise gefärbt."

„Die Oberfläche der Geschwulst ist grösstentheils wohlerhalten und zeigt kaum irgend welche Tendenz zur Läppchenbildung. Das Epithel füllt, während es papillenförmige Fortsätze von Bindegewebe bekleidet, vollständig die Interstitien zwischen denselben aus, wie es beim Corium und der Epidermis der Fall ist."

„Die oberflächlichen Zellen sind platt und pflasterförmig, die tieferen verlängert und zu dem darunter liegenden Bindegewebe senkrecht gestellt, während die zwischenliegenden Elemente, welche die Hauptmasse bilden, polyhedral sind."

„Von den interpapillären Epithelzapfen gehen sich verästelnde Proliferationen aus, welche das ganze Bindegewebsstroma durchsetzen und ausserdem mit Leucocyten infiltrirt sind."

„Die nach innen proliferirenden Zapfen laufen stellenweise in einzelne Reihen epithelialer Zellen aus. Im Epithelium finden sich deutliche Zellnester; dieselben sind jedoch klein und an Zahl gering."

„Die Neubildung muss als ein Pflasterzellenkrebs (squamous-celled carcinoma) classificirt werden."

Somit war bereits vor dem Tode der Kranken auch der histologische Beweis der Bösartigkeit der jetzt vorliegenden Geschwulst erbracht.

Aus dem Berichte, den Mr. Shattock freundlichst über den postmortalen Zustand des Kehlkopfs geliefert hat, ist Folgendes hervorzuheben:

Im Kehlkopf fand sich eine in verticaler Richtung ca. 5 Ctm. lange, ulcerirende Neubildung, die vom unteren Rande des Ringknorpels bis ca. 1,5 Ctm. unterhalb der Spitze der Epiglottis reichte. Die Stimmbänder und Taschenbänder waren so involvirt, dass sie nicht mehr unterscheidbar waren. Weder die freien Ränder der arytaeno-epiglottischen Falten, noch die Interarytaenoidfalte waren afficirt. Unterhalb der Stimmbänder war die Neubildung auf die vordere Kehlkopfwand beschränkt, oberhalb der Stimmbänder füllte sie das Kehlkopfinnere völlig aus; auch erstreckte sie sich um die Basis der Epiglottis herum bis zur

Zungenwurzel. Nur oberhalb der Taschenbänder war sie an einzelnen Stellen mit glatter Schleimhaut bedeckt, sonst überall in geschwürigem Zerfall begriffen. Nirgendswo war in diesen Theilen der Geschwulst eine intacte papilläre Oberfläche zu sehen.

Der Schildknorpel fehlte grösstentheils und die Geschwulst bildete, nachdem sie die vordere Kehlkopfwand perforirt hatte. aussen eine weitausgedehnte Schwellung unterhalb der vorderen Halsmuskeln.

In der Geschwulst selbst fand sich, entsprechend dem fehlenden Theile des Schildknorpels. eine ausgedehnte Höhle, ausgekleidet mit einer stark papillären Oberfläche, die grösstentheils nicht ulcerirt war.

Die mikroskopische Untersuchung eines oberhalb der Gegend des rechten Taschenbandes entnommenen grösseren Fragmentes der Geschwulst ergab. ebenso wie die Untersuchung des während des Lebens expectorirten Stückes (s. oben) ergeben hatte, nur die Charaktere des Pflasterzellenkrebses.

Ein Schnitt, der die äussere Wand der oben beschriebenen Höhle in der Geschwulst einschloss, zeigte unter dem Mikroskop eine ziemlich grobkörnige, papilläre Oberfläche mit unverletzter, vielschichtiger Epithelbedeckung. Die Substanz des darüberliegenden Muskels war nicht infiltrirt, dagegen war das unterhalb des Muskels befindliche, entzündlich indurirte Bindegewebe der Sitz sich verästelnder. nach innen wuchernder Epithelzapfen. In dem die Papillen bekleidenden Epithel fanden sich Zellnester, und in seinen tiefen Ausbreitungen war das Bindegewebe der papillären Fortsätze stark kleinzellig infiltrirt.

Mr. Shattock fügt hinzu, dass seiner Ansicht nach die grosse Höhle innerhalb der Geschwulst durch das nekrotische Zugrundegehen des Schildknorpels bedingt sei, dessen Fragmente wahrscheinlich intra vitam expectorirt oder anderweitig eliminirt worden seien. Das Resultat der Perichondritis und Necrose sei die Bildung einer Abscesshöhle gewesen und von den Wandungen derselben seien nach vorgängiger krebsiger Infiltration papilläre Excrescenzen aufgeschossen. Er glaubt also nicht, dass diese papilläre Bildung d. h. soweit dieser Abschnitt der Geschwulst betroffen ist, eine primär gutartige gewesen sei und erst später einen bösartigen Charakter angenommen habe, sondern vielmehr, dass sie eine secundäre Folge der carcinomatösen Infiltration der Wandungen der Abscesshöhle darstelle. — Im Uebrigen ist er geneigt, aus dem Resultat der letzten laryngoskopischen Untersuchung des Herausgebers (vgl. S. 217) den Schluss zu ziehen, dass das Carcinom vor seiner Ulceration ebenfalls in papillärem Typus aufgebaut gewesen sei, und dass sich dieser Typus später in der die Abscesshöhlung ausfüllenden Neubildung wiederholt habe.

[Die Ausführlichkeit der vorstehenden Beschreibung dürfte wohl durch den in so vieler Beziehung ungewöhnlichen Verlauf des Falles gerechtfertigt sein.

Dass hier einer ursprünglich wirklich gutartigen Geschwulst eine bösartige gefolgt ist[1]), dürfte kaum einem Zweifel unterworfen sein.

---

[1]) Vgl. hierzu die später folgende Anmerkung im Eingange des Schlussabschnitts der Sammelforschung.

Nicht nur der excessiv lange Verlauf des Falles — $10^1/_4$ Jahre seit dem Beginn des Stimmverlustes, mindestens 6 Jahre seit der Vornahme intralaryngealer Operationen — sondern auch das über zweijährige Intervall zwischen der Entfernung der gutartigen Neubildung und dem Auftreten der bösartigen, und vor allem: die periodischen Untersuchungen in der Zwischenzeit, bei denen vollständig normale Verhältnisse nach jeder Richtung hin im Kehlkopf constatirt wurden, — sprechen gewichtig dafür, dass es sich in diesem Falle nicht um eine blosse Abtragung gutartig scheinender, oberflächlicher Auswüchse handelte, während der eigentliche bösartige Process in der Tiefe unaufhaltsam weiterschritt, sondern dass in der That hier in Folge specieller Verhältnisse nach Ablauf einer verhältnissmässig langen Zeit im Mutterboden der früheren gutartigen sich nunmehr eine bösartige Geschwulst entwickelte. Welches diese Verhältnisse sind, wissen wir natürlich im gegenwärtigen Augenblicke nicht zu sagen; der Herausgeber möchte aber hier jedenfalls die Frage aufwerfen, ob vielleicht der Schwangerschaft ein ganz bestimmter Einfluss auf die Entwicklung gutartiger, wie bösartiger Kehlkopfgeschwülste, resp. auf die Bildung von Recidiven bei ersteren, zukommen möchte? — Es ist dies eine Frage, die seines Wissens niemals discutirt worden ist; abgesehen aber von diesem Falle, in welchem es doch jedenfalls recht bemerkenswerth ist, dass sowohl die Entstehung der primären gutartigen, wie der späteren bösartigen Geschwulst mit Schwangerschaften der Patientin zusammenfiel, hat der Herausgeber ähnliche Beobachtungen hinsichtlich gutartiger Geschwülste schon öfters gemacht. Speciell frappant ist der Zusammenhang im Falle einer jetzt etwa 30jährigen, kinderreichen Dame, die seit etwa 8 Jahren recidivirender Kehlkopfpapillome halber unter seiner Beobachtung ist, und bei der jede neue Schwangerschaft mit Sicherheit ein Recidiv der Kehlkopfneubildung mit sich bringt. — Die Frage verdient jedenfalls weiter verfolgt zu werden.

Das einzige, so weit der Herausgeber sehen kann, zweifelhafte Element in dem vorliegenden Falle ist das, ob die bösartige Neubildung genau von der Ursprungsstelle der primären, gutartigen Geschwulst, oder in einiger, wenn auch geringer Entfernung von derselben ausging? — Es darf nicht vergessen werden, dass, als der Herausgeber die Patientin im Mai 1888 untersuchte, sich eine Geschwulst, nahezu einen Centimeter von der früheren Ursprungsstelle entfernt, auf der unteren Fläche der Epiglottis vorfand, während die Stimmbänder, die früher der Sitz der Papillome gewesen waren, zu jener Zeit von einer eigentlichen Neubildung völlig frei waren. Hiernach würden die Bedenken, die im Fauvel'schen Falle (vgl. S. 42 dieses Jahrgangs) dagegen erhoben wurden, dass man in einem solchen Falle von einer „Umbildung“ sprechen könne, auch im vorliegenden Falle Anwendung finden. Erwägt man aber andererseits 1) dass schon zu jener Zeit „die Stimmbänder geröthet und geschwollen, ihre Bewegungen etwas

träger als normal waren“ (vgl. S. 213, 214), und 2) dass College Baron, sowie ihm die localen Verhältnisse erlaubten, das Innere des Kehlkopfes selbst zu sehen, bereits eine „unregelmässige rothe fleischige Neubildung“ constatiren konnte, welche die vorderen zwei Drittel des linken Stimmbandes einnahm und sich „bis zur Seite der Epiglottis, bis zum Taschenbande und bis in die Regio subglottica erstreckte und in der Nähe der Epiglottis (!) am stärksten ausgebildet war (vgl. S. 216) — so dürfte man wohl der Auffassung des Herausgebers beipflichten, dass aller Wahrscheinlichkeit nach bereits, als ihn die Kranke im Mai 1887 consultirte, eine von der früheren Geschwulstbasis ausgehende, ausgedehnte, wenn auch oberflächliche Infiltration vorlag, in deren Peripherie, d. h. auf der unteren Fläche der Epiglottis, papillomatöse Excrescenzen ähnlich aufgeschossen waren, wie sie es in der letzten Lebenszeit der Patientin von der im Inneren der Geschwulst befindlichen Abscesshöhlung thaten. (Vgl. die Schlussabsätze von Mr. Shattock's Bericht.)

Der Fall muss daher wohl mit grosser Wahrscheinlichkeit als ein ächtes Beispiel von Umbildung betrachtet werden.]

XI. 16. Carl Morelli (Budapest)[1]. P. J., 47 Jahre alt, Schmied, wurde in die laryngo-rhinologische Abtheilung am 16. August 1882 aufgenommen. Diagnose: „Papilloma multiplex, Stenosis“. „Patient giebt an, vor 2 Jahren etwas heiser geworden zu sein, welche Heiserkeit fortwährend zunahm, so dass sich nach einigen Monaten auch geringe Athemnoth einstellte, doch ohne Schmerz beim Essen, wie auch beim Sprechen. Die sich verschlimmernde Athemnoth und Heiserkeit führten Patienten ein Jahr darauf nach Wien, wo er, nach seiner Aussage, 150 Mal mit bestem Erfolge operirt wurde. Er war von seinen Leiden vollständig befreit. Stimme klar, Athem frei. Doch die Freude war nicht von langer Dauer, zu Hause zeigte sich bald neuerdings Heiserkeit, Husten, später auch Athemnoth, welche fortwährend zunahm, bis zu seiner Aufnahme in die Abtheilung des Herrn Prof. Navratil im St. Rochus-Spitale.“

„Status praesens: Der mittelgrosse, gut entwickelte Mann, der in letzter Zeit abgenommen haben soll, hat beiderseitigen diffusen Bronchialcatarrh mit Temperatur des Abends 38°, bedeutendem zähen Auswurf, schlaflose Nächte. — Der Kehlkopfdeckel mit drei verschiedenen grossen Papillomen, die wahren und falschen Stimmbänder, Ary-Knorpel, hintere Larynxwand ebenfalls mit verschieden grossen Papillomen überhäuft. Das Meso-arytaenoideum mit einem nahezu haselnussgrossen Papillom bedeckt; mit einem Wort der Kehlkopf vollständig ausgefüllt von Neugebilden. Die wahren Stimmbänder gering beweglich. Patient athmet sehr schwer.“

---

[1]) Der folgende Bericht ist, so weit als möglich, mit den eigenen Worten des Beobachters wiedergegeben, doch war der Herausgeber auch hier im Interesse der Deutlichkeit gezwungen (vgl. Anmerkung p. 210), einzelne stilistische Veränderungen des fremdländisch klingenden Satzgefüges vorzunehmen.

„Vor seiner Abreise, d. h. am 3. August, sah Herr Professor Navratil den Patienten flüchtig, und machte den Vorschlag, ihn nach seiner Rückkehr mittelst der Tracheofissur von seinen Leiden vollständig zu befreien. Es wurde Alles angewandt, dem Patienten eine Erleichterung zu schaffen, Expectorantien etc., doch vergebens. Zu dem Bronchialcatarrh kam ein acutes Oedem des Kehlkopfdeckels, welches auf angewandte Blutegel, Eisumschläge, eisgekühlte Emulsionen, Zink-Glycerin-Touchirungen nicht schwand, sondern sich steigerte, so dass ich gezwungen war, drohender Athemnoth wegen am 23. August Abends die Tracheotomia inferior auszuführen.. Die Operation ging rasch vor sich. ohne irgend welche erwähnenswerthe Complication. Ich legte eine 9 Ctm. lange Canüle ein. Nach der Operation athmete der Patient frei."

„Das Oedem des Kehlkopfdeckels fiel ab, doch der Bronchialcatarrh löste sich sehr schwer, so dass Herr Prof. Navratil die Tracheofissur in Narkose erst am 24. October ausführen konnte. Der Thyreoidealknorpel und der Ringknorpel mussten mit der Knochenscheere gespalten, der Kehlkopf offen gehalten und sämmtliche Papillome mit einer Cooper'schen Scheere entfernt werden. Das grösste Papillom, welches auf dem Meso-arytaenoideum sass, wurde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit dem Thermocauter gebrannt. Mit Knorpelhautnähten schloss ich den Kehlkopf, darauf mit ähnlichen Catgutnähten die Hautwunde. Die Canüle blieb liegen. Die äussere Wunde heilte per primam. Am 3. Tag erscheint getrunkene Flüssigkeit in der Halswunde, Patient wird mit Schlundrohr ernährt. Der Kehlkopfdeckel und der Kehlkopf selbst sind entzündet. Local Aqua plumbica-Einpinselungen applicirt. Nach 8 Tagen kann Patient frei schlucken. Entzündung schwindet; dem Papillom entsprechend reine flache Narbenbildung. Am 3. December nur noch eine kleine erhabene Verdickung der hinteren Larynxwand. Der Versuch. die Canüle zu entfernen, gelingt nicht, theils wegen Furcht des Patienten, theils wegen geringen fortdauernden Hustenreizes. Patient verliess die Abtheilung mit Canüle am 17. Januar 1883 auf sein eigenes Verlangen. — Im Jahre 1884. am 4. Mai, erschien Patient in der II. chirurgischen Abtheilung des Herrn Prof. Navratil als Ambulant. Am Halse aussen ein mittelgrosser, blumenkohlähnlicher Tumor. in dessen Mitte die Canüle weit herausgehoben, der Tumor weich. mit penetrant riechender Jauche bedeckt. Der Kehlkopf innen von einem ähnlichen. unebenen. an einzelnen Stellen mit Blutgerinnsel bedeckten Tumor ausgefüllt. Da an eine totale Exstirpation nicht mehr gedacht werden konnte. wurde Patient an das sogenannte Baracken-Spital gewiesen, wo andere ähnliche unheilbare Carcinomfälle bis zum tödtlichen Ausgange behandelt werden. Es wäre von Interesse gewesen, wenn möglich nach der Obduction den mikroskopischen Beweis der carcinomatösen Entartung der Papillome Ihnen einsenden zu können, doch leider war mein Nachsuchen vergebens. Patient liess sich meines Wissens nach hier in Budapest nirgends aufnehmen. Ich meine trotzdem nicht daran zweifeln zu können, dass dieser Tumor, der die Grösse und das Aussehen eines Blumenkohls hatte, ein Carcinom war."

[Es ist nicht leicht zu sehen, worauf College Morelli seine bestimmt ausgesprochene Behauptung (s. p. 211) stützt. dass der vor-

stehende Fall als ein ächtes Beispiel von Umbildung aufzufassen sei. Der Umstand, dass die carcinomatöse Entartung erst nach vier Jahren „constatirt“ worden sei, dürfte doch kaum als Beweisstück herangezogen werden können. Denn einmal wissen wir, dass eine vierjährige Dauer des Kehlkopfkrebses in einer ganzen Reihe wohlbeobachteter Fälle constatirt worden ist, zum anderen, dass der Krebs bis zum Ende unter dem Bilde des Papilloms verlaufen kann. Für diese beiden Thatsachen ist im Verlaufe unserer Ausführungen eine ganze Reihe von Beispielen gegeben worden. (Vgl. z. B. Jahrgang V., p. 426, ibid. p. 198 u. ff., p. 270, p. 312 u. ff. etc.) Abgesehen von dem genannten Umstande aber finden wir in Morelli's Beschreibung nicht einen einzigen Anhaltspunkt für die ursprüngliche Gutartigkeit der Geschwulst, wohl aber eine ganze Reihe von Momenten, die dafür sprechen, dass von Anfang an eine unter dem Bilde des Papilloms verlaufende bösartige Neubildung oder eine Mischgeschwulst vorhanden gewesen ist. Denn der einzige Umstand, dass nach den in Wien vorgenommenen Operationen die Stimme klar und die Athmung leicht geworden ist, kann ohne gleichzeitige Bekräftigung durch den objectiven Kehlkopfbefund nach dem Ende der Operationen und ohne eine verhältnissmässig längere Dauer des freien Intervalles ganz und gar nicht als Beweis für die primäre Gutartigkeit herangezogen werden. Eine solche Verbesserung der Stimme und Athmung ist vielmehr temporär mit Wahrscheinlichkeit immer zu erwarten, wenn eine die phonatorische Juxtapposition der Stimmbänder hindernde und die Athmungsspalte obstruirende Geschwulst intralaryngeal entfernt wird, mag nun diese Geschwulst gutartig oder bösartig sein! — Ja, es bedarf, wie eine einschlägige Beobachtung den Herausgeber gelehrt hat, nicht einmal immer operativen Eingreifens, um eine solche temporäre Verbesserung zu erzielen: gelegentlich ereignet sich eine solche spontan im Verlaufe des geschwürigen Zerfalles eines Kehlkopfkrebses. Lebhaft steht ihm der Fall einer 53jährigen Dame mit verhornendem Cancroid des rechten Stimmbandes in Erinnerung, in welchem die mikroskopische Untersuchung eines intralaryngeal entfernten Fragments die Diagnose der Malignität des Tumors mit vollständigster Sicherheit etablirt hatte. Die Dame war bereits vollständig aphonisch, die Respiration einigermassen, wenn auch nicht hochgradig erschwert. Als der Herausgeber die Patientin nach einem Intervall von drei Monaten wiedersah, war er durch die ihm mit lauter und nur ganz wenig heiserer Stimme gemachte Mittheilung, dass sie sich viel besser fühle, ihre Stimme fast ganz wiedergekehrt und die Athemnoth völlig verschwunden sei — im ersten Augenblick dermassen überrascht, dass er an einen diagnostischen Irrthum glaubte! — Ein Blick in den Kehlkopfspiegel belehrte ihn freilich leider eines Anderen: die weit in die Glottis vorspringende und auch die Bewegungen des linken Stimmbandes behindernde Geschwulst war ulcerös vollständig untergegangen, an ihrer

Stelle befand sich eine ziemlich gradlinige Geschwürsfläche, die etwa den früheren Contouren des rechten Stimmbandes entsprach, die Glottis war völlig frei, die Bewegungen des linken Stimmbandes ganz unbehindert. Dasselbe legte sich bei der Phonation völlig an die Geschwürsfläche an und der erzeugte Ton war ebenso überraschend laut und verhältnissmässig klar. wie der Herausgeber seitdem im Falle des Mr. M. W. (vgl. Jahrgang V., p. 204) nach der halbseitigen Kehlkopfexstirpation zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Natürlich war aber die symptomatische Verbesserung nur eine ganz temporäre, mit der Weiterentwicklung des Carcinoms verschleierte die Stimme sich wieder und ging sodann dauernd völlig verloren, die Athemnoth nahm wieder zu und machte im zweiten Jahre des Leidens die Vornahme der Tracheotomie erforderlich und nach $4^1/_4$jähriger Gesammtdauer des Leidens (vgl. V., p. 427) ging die Kranke kachektisch zu Grunde. Aber der Fall lehrt doch überzeugend, wie wenig eine temporäre Besserung der Stimme und der Athmung im Verlaufe einer verdächtigen Kehlkopfgeschwulst an sich als Beweis für die ursprüngliche Gutartigkeit derselben herangezogen werden darf!

Um nach dieser allgemeinen Abschweifung auf den Morelli'schen Fall zurückzukommen, der eine treffliche Illustration des eben Gesagten liefert, so „dauerte die Freude nicht lange" — wie der Beobachter selbst angiebt. „Bald" nach der Rückkehr des Kranken in die Heimath machten sich die alten Beschwerden wieder bemerklich. Schon bei der ersten Untersuchung in Pesth war ein klinisches Symptom vorhanden. das ein Verdachtsmoment schwerer Natur dafür bildet. dass es sich schon damals um eine bösartige Neubildung handelte: der Umstand nämlich, dass „die Giessbeckenknorpel und hintere Kehlkopfwand ebenfalls mit verschieden grossen Papillomen überhäuft waren!" — Der Herausgeber hat so lange vor Einsendung des Morelli'schen Falles in dem Abschnitt über die laryngoskopische Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen (vgl. Jahrgang V., p. 202) seine Erfahrungen und seine Ueberzeugung dahin präcisirt. dass die Ausdehnung einer Geschwulst „in der Richtung nach dem betreffenden Giessbeckenknorpel und nach der hinteren Kehlkopfwand" bedeutsam für ihre Bösartigkeit sprechen, dass er jetzt nicht des „Argumentum ad hoc" wird beschuldigt werden können, wenn er erklärt, dass er in dem geschilderten Befunde in dem Morelli-schen Falle nur einen neuen Anhaltspunkt für seine Ansicht erblicken kann. Gewichtig spricht auch für dieselbe, dass trotz Auskratzung gerade des Mesoarytaenoideums mit dem scharfen Löffel und trotz Thermocauterisation dieser Gegend schon $5^1/_2$ Wochen nach der Laryngofissur (vgl. oben) wieder eine „kleine erhabene Verdickung der hinteren Larynxwand" constatirt wurde! Das sieht doch sehr nach Krebs aus! — Und endlich bildet das bereits vor der Vornahme der Tracheotomie aufgetretene acute hartnäckige Oedem des Kehldeckels

einen weiteren Anhaltspunkt dafür, dass bereits zu der Zeit, als die Affection noch für ein gewöhnliches multiples Papillom angesehen wurde, tiefere, auf Bösartigkeit des Grundprocesses deutende Störungen, wahrscheinlich perichondritischer Natur, vorhanden waren. —

Kurz — die ganze klinische Geschichte des Falles weist, nach der Ansicht des Herausgebers, so deutlich auf die primäre Bösartigkeit des Processes hin, dass der schliessliche Ausgang gewissermassen als eine gebotene Folge erscheint, und dass es viel überraschender wäre, wenn zum Schlusse eine restitutio ad integrum gemeldet worden wäre, statt des nach der ganzen Krankengeschichte zu erwartenden und thatsächlich erfolgten Durchbruchs des Krebses nach aussen! — Soweit der Herausgeber zu übersehen vermag, gehört der Fall in die Kategorie der Fälle von Morell Mackenzie (Jahrgang V., pp. 93 u. 270), J. Solis Cohen-Seiler (Jahrgang V., p. 6), Schech (Ibid. p. 91), Whipham-Whistler (Ibid. p. 139), in welchem sich primär bösartige oder gemischte Geschwülste in der Form von üppig wuchernden Papillomen präsentirten und dieses Aussehen selbst noch beibehielten, als sie schon das Knorpelgerüst des Kehlkopfs durchbrochen hatten, — nur mit dem Unterschiede, dass die Verdachtsgründe für primäre Bösartigkeit in ihm noch gewichtiger sind, als in manchen derselben! Keinesfalls dürfte er wohl anders als „im höchsten Grade zweifelhaft“ bezeichnet werden dürfen!]

Mit diesem Falle ist die Liste der als Beispiele von Umbildung eingesandten Fälle erschöpft, und wir kommen nunmehr zu der Besprechung des Gesammtergebnisses unserer Sammelforschung.

(Schluss folgt.)

---

# II. Referate.

## a. Allgemeines, äusserer Hals, Erleuchtung.

1) **Heitler** (Wien). **Gedenkrede auf Ludwig Türck.** Gehalten in der feierlichen Jahressitzung der Gesellschaft der Aerzte am 22. März 1889. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 14. 1889.*

Nach Würdigung der Verdienste T.'s um die Neuropathologie und um die Kenntniss der Augenerkrankungen, welche andere Erkrankungen begleiten oder ihnen vorausgehen oder nachfolgen, wird Türck als Begründer der Laryngoscopie gefeiert. Mit Recht wird ihm die Priorität Czermak gegenüber gewahrt. CHIARI.

2) **F. Massei** (Neapel). **Schlussvorlesung in dem officiellen Colleg über Laryngologie im Schuljahr 1887—88. (Lezione di chiusura al corso ufficiale di laringologia; anno scolastico 1887—88.)** Typ Unione. 1889.

Indem er ein Verzeichniss der im Schuljahr 1887—88 beobachteten Krankheiten aufstellt (vgl. Bericht der Klinik für Laryngologie. Neapel), giebt M. seinen Schülern werthvolle Vorschriften für die laryngoskopische Technik in Bezug auf Diagnose und Behandlung der Krankheiten des Kehlkopfs und seiner Adnexe.

F. CARDONE.

3) **K. Vohsen** (Frankfurt a. M.). **Eine modificirte Untersuchungsmethode des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 1. 1889.*

V. empfiehlt bei Untersuchung des Nasenrachenraums die Drehung des Kopfes im Atlas-Epistropheusgelenk bei fixirter Wirbelsäule. Auch bei Untersuchung des Sinus pyriformis bietet diese Methode Vortheil, indem Fremdkörper, die im Grunde des Sinus liegen, besser gesehen werden können: ganz besonders aber kann man besser in die Choanen, das Ostium tubae und die Rosenmüller-sche Grube sehen und den Catheterismus erleichtern.

SCHECH.

4) **St. Polansky** und **H. Schindelka** (Wien). **Die Rhinoskopie und die Laryngoskopie an Pferden.** *Oesterr. Zeitschr. für wissenschaftl. Veterinärkunde. N. F. III. 1. 2. 1889.*

Sehr interessante Schilderung der rhino- und laryngoskopischen Untersuchungsmethode an Pferden, der sich die Mittheilung von Befunden bei einer Reihe von pathologischen Fällen anschliesst. Verff. haben eigene Instrumente angelegt und zwar Lichtleiter mit elektrischer Beleuchtung und Tuben, welche die Benutzung des Leiter'schen Panelektroskopes gestatten.

SEIFERT.

5) **W. F. Chappell** (New-York). **Untersuchung von Hals und Nase bei 2000 Kindern behufs Feststellung der Häufigkeit gewisser abnormer Zustände. (Examination of the throat and nose of two thousand children to determine the frequency of certain obnormal conditions.)** *Internat. Journ. of the med. Sciences. Febr. 1889.*

Es ist unmöglich, der wirklich werthvollen Abhandlung in einem Auszug gerecht zu werden, da ja ihr Hauptwerth in den fast ihren ganzen Inhalt bildenden statistischen Erhebungen liegt.

2000 Kinder wurden untersucht, von diesen hatten 1231 irgend welche abnorme Zustände in Nase oder Rachen; diese sind in folgender Tabelle zusammengefasst:

Adenoide Vegetationen 60.

Dieselben waren weit häufiger bei Knaben als bei Mädchen.

Hypertrophie des Vordertheils der unteren Nasenmuscheln 260.

Nur die deutlich ausgesprochenen Fälle wurden notirt; leider ist nicht angegeben, ob die Cocaïnprobe angewandt wurde.

Hypertrophie der mittleren Muschel 161,
Vergrösserte Tonsillen 270,
Verbiegung der Nasenscheidewand 330.

Unter diesen betrafen 270 das knorpelige, 50 das knöcherne Septum; in 10 waren beide verbogen.

Exostosen am Septum 150. M'BRIDE.

6) E. T. Heiberg (Dänemark). **Jahresbericht des Krankenhauses in Aalborg für das Jahr 1888. (Aalborg Amts og Bys Sygehus i aaret 1888.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 15. 9. März 1889.*

Aus diesem ganz schematisch verfassten Jahresberichte ist nur hervorzuheben, dass 80 Kranke an Diphtheritis behandelt wurden. Von diesen starben 22 und 12 wurden tracheotomirt mit 6maligem letalem Ausgange.

SCHMIEGELOW.

7) Burckhardt (Stuttgart). **Bericht über die chirurgische Abtheilung des Ludwigs-Spitals Charlottenhilfe während der Jahre 1865—1887.** Stuttgart 1889.

Im vorliegenden Bericht finden sich mitgetheilt als für uns von Interesse 1. ein Fall von Lupus des Gesichtes mit Betheiligung der Nasenhöhle, so dass temporäre Spaltung der äusseren Nase nöthig wurde; 2. 4 Fälle von Empyem der Highmorshöhle, darunter einer mit Empyem der Stirnhöhle complicirt, in 2 der Fälle war die Erkrankung von Zahncaries ausgegangen; 3. 1 Fall von submucösem Abscess der Nasenscheidewand; 4. 2 Fälle von Ozaena simplex; 5. 2 Fälle von Syphilis der Nase, Nasen- und Rachenhöhle; 6. je 1 Fall von Ranula, Dermoidcyste, Papillom, Psoriasis und Carcinom der Zunge; 7. 9 Fälle von Hypertrophie der Tonsille. 1 Fall von Sarcom der Tonsille; 8. 7 Fälle von Hypertrophie der unteren Muscheln und Schleimpolypen der Nase, 1 Sarcom der Nasenschleimhaut, 2 adenoide Vegetationen (mit Gottstein'schem Messer operirt); 9. 4 Fälle von Defecten der Nase nach Syphilis, 1 Fall von Uranoplastik bei Gaumenspalte (22jähriges Mädchen); 10. 2 Fälle von Verbiegung der Nasenscheidewand; 11. 2 Tracheotomien wegen Diphtheritis (†); 12. Fall von Carcinom des Oesophagus mit Durchbruch in das unterste Ende der Trachea; 13. 2 Fälle von Carcinom des Larynx, 1 Fall von Carcinom des Pharynx. 1 Fall von Fremdkörper in den Luftwegen. SEIFERT.

8) v. Brunn (Lippspringe). **Statistisch-therapeutischer Bericht über die Lippspringer Saison vom Sommer 1888.** *Deutsche Medic. Zeitung. No. 32. 1889.*

In seinem Bericht theilt v. Br. mit, dass in 20pCt. der Phthisiker eine Miterkrankung der oberen Wege, besonders des Larynx in verschiedener Form und Intensität nachweisbar war, in 3 Fällen konnte er das Vorkommen von Tuberculose der Mundhöhle und zwar zweimal in der ulcerösen und einmal in der tuberösen Form beobachten. Die Ulcerationen sassen am Zungengrunde, am Zahnfleisch, an den Gaumenbögen und am weichen Gaumen.

Die Behandlung der Larynxaffectionen wurde nach allgemein anerkannten Principien geleitet. SEIFERT.

9) Taylor H. Coupland. **Persönliche Erfahrungen eines Winters auf den Canarischen Inseln. (Personal experiences of a winter in the Canary Islands.)** *Edinburgh Med. Journ. Jan. 1889.*

Verf. räumt die Vortheile des Klimas ein, muss aber die Vorkehrungen

für die Bequemlichkeit und die Gesundheit der Besucher höchst mangelhaft nennen. M'BRIDE.

10) **Madelung** (Rostock). **Ueber den Fetthals. (Diffuses Lipom des Halses.)** *Arch. f. klin. Chirurgie. 37.*

Die Beobachtungen M.'s dieser seltenen Erkrankung erstrecken sich auf 3 Fälle, von denen er einen wegen Athemnoth operirte. In Folge der Operation mittels deren die Fettmassen an der vorderen Halsseite möglichst exstirpirt wurden, führte zur Besserung. Die diffuse Fettbildung ist eine subcutane. dringt in die Fascien und in die Muskelinterstitien hinein; man findet auch Fortsätze zwischen Kehlkopf und Pharynx. SEIFERT.

11) **Lannelongue. Dermoidcysten der Zwischenkieferspalte. (Kystes dermoides de la fente intermaxillaire.)** *Le Bulletin médical. 27. Jan. 1889.*

Der Autor begründet durch Darlegung der anatomischen Verhältnisse, warum die Affection so selten ist, und berichtet über zwei von ihm operirte Fälle.

E. J. MOURE.

12) **Gevaert. Congenitale seröse Cyste durch Elektrolyse geheilt. (Kyste séreux congénital guéri par électrolyse.)** *La Presse Médicale Belge. No. 11. 1889.*

Links am Halse kleinorangegrosser schmerzloser weicher Tumor, welcher durch Schreien und tiefes Athemholen anschwillt; er ist irreductibel und giebt einen matten Percussionston. Die Probepunction ergiebt eine dicke seröse, wenig bluthaltige Flüssigkeit. 7 electrolytische wöchentlich vorgenommene Sitzungen von der Dauer von 10 Minuten (+ Pol mit 3 Platinnadeln 1 Ctm. tief eingesenkt, — Pol auf den Schenkel aufgesetzt; Stromstärke?) brachten die Geschwulst zum Verschwinden mit Hinterlassung eines knorpelharten Knötchens. BAYER.

13) **H. C. Cameron** (Glasgow). **Wuchernder Tumor vom Nacken eines Kindes entfernt. (Fungating tumor removed from the back of the neck of a child.)** *Glasgow Med. Journ. Jan. 1889.*

Der Titel giebt über die Natur des Falles Aufschluss; es handelt sich um ein Sarcom bei einem 6 Monate alten Kinde. P. M'BRIDE.

14) **Nordmann** (Basel). **Ueber Beziehungen der Thymusdrüse zu plötzlichen Todesfällen im Wasser.** *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. No. 9. 1889.*

Verf. macht auf eine Reihe von 4 Todesfällen aufmerksam, welche, obschon sie sich im Wasser ereigneten, durchaus nicht als Ertrinkungstod angesehen werden konnten. Bei allen wurde eine persistirende vergrösserte und hyperämische Thymusdrüse gefunden. Verf. hat einen derselben im Militärdienst an einem Rekruten erlebt und die amtliche Autopsie desselben gemacht. Die drei anderen waren von Recklinghausen secirt worden. In keinem derselben hat sich etwas organisch-pathologisches und auch bei demjenigen des Verf.'s nur der Befund des Erstickungstodes ohne organische Erklärung herausgestellt. Verf. stellt keine Hypothese auf, denkt natürlich auch an das Asthma thymicum etc. und möchte nur auf die sonderbare Coincidenz dieser plötzlichen Todesfälle mit grossen Thymusdrüsen aufmerksam gemacht haben. JONQUIÈRE.

15) F. Treves (London). **Die Behandlung scrophulöser Drüsen. (Treatment of scrofulous glands.)** *Brit. Med. Journ. 4. Mai 1889.*

Der am 25. April vor der Harveian Society gehaltene Vortrag und die ihm folgende Discussion gehören zwar nicht direct in unser Gebiet, können aber den Lesern des Centralblatts angesichts der Häufigkeit, mit der wir wegen scrophulöser Cervicaldrüsen consultirt werden, zur Lectüre empfohlen werden. Sie legen Zeugniss dafür ab, dass hinsichtlich der Methode des operativen Vorgehens fast jeder Chirurg seine eigene Methode hat, dass aber fast allseitig die äussere Jodbehandlung für unnütz und die Behandlung erweichter Drüsen mit Kataplasmen für durchaus schädlich gehalten wird. SEMON.

16) Voltolini. **Zu meiner Durchleuchtungsmethode.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 2. 1889.*

V. wahrt sich die Priorität der Durchleuchtung gegenüber den Beleuchtungsapparaten von Kessel und Cozzolino und bespricht die genannten Methoden und Instrumente ausführlich. SCHECH.

17) Voltolini. **Die ersten Operationen in der Kehlkopfshöhle vom Munde aus, bei Durchleuchtung des Kehlkopfes von aussen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1889.*

Anpreisung der Durchleuchtung bei tief in der Trachea sitzenden Neubildungen, oder bei Granulationen im Kehlkopfe, denen man auf anderem Wege nicht recht beikommen kann, nebst Erzählung eines hierhergehörigen Falles.

SCHECH.

18) X. **Die Durchleuchtung des Kehlkopfes und der anderen Höhlen des menschlichen Körpers. (L'illuminazione della laringe e di altre cavita del corpo umano.)** *Riforma medica. 12., 13. Jun. 1889.*

Abriss einer Vorlesung von Voltolini, die in der Breslauer ärztlichen Zeitschrift veröffentlicht ist. CARDONE.

19) Roth (Wien). **Die Anwendung des elektrischen Lichtes in der Laryngoskopie und Rhinoskopie.** *Wiener med. Presse. No. 10 u. 11. 1889.*

R. weist zunächst auf den von Leiter nach seinen Angaben verfertigten elektrischen Beleuchtungsapparat an der Stirnbinde (Wiener med. Presse, 1887, No. 51) hin, der noch immer zu wenig Verbreitung gefunden habe, und geht dann über auf die zur Durchleuchtung angewendeten Apparate. Der Gärtner'sche hat vor dem Voltolini'schen den Vorzug der leichteren Anwendbarkeit und stärkeren Wirksamkeit; doch erfährt man auch mit der besten Durchleuchtung nichts besonderes über die Structur der Organe, wie das Voltolini behauptet.

Ferner rühmt er das Leiter'sche Panelektroskop für die Rhinoscopia anterior, welches die Brunton'sche Ohrloupe weit übertrifft.

Endlich beschreibt er einen Apparat, welcher ein Glühlämpchen tragend in den Nasenrachenraum eingeführt wird und denselben beleuchtet; man kann nun entweder mit einem rhinoskopischen Spiegel diesen Raum von rückwärts betrachten oder durch eigenen Nasentrichter von vorne her. Roth glaubt mit

diesen von Leiter erfundenen Apparaten das elektrische Licht für alle Erfordernisse der Laryngo- und Rhinoskopie dienstbar gemacht zu haben. CHIARI.

20) **Gärtner** (Wien). **Beleuchtungsapparat für Mund, Rachen und Kehlkopf.** Demonstrirt in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 8. März 1889. *Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1889.*

Dieser Apparat ist ganz dem Leiter'schen für die Durchleuchtung des Kehlkopfes nachgebildet, und dient als Lichtquelle eine gewöhnliche Stearinkerze. Er hat den Vorzug der Einfachheit und gestattet wirklich die Besichtigung des Mundes, Rachens und mit Zuhilfenahme eines Spiegels auch des Kehlkopfes; auch zur Durchleuchtung ist er anwendbar, aber viel lichtschwächer als die mit Glühlämpchen ausgestatteten. CHIARI.

21) **Vohwinkel** (Wien). **Elektrischer Beleuchtungsapparat für den Taschengebrauch.** Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 7. Juni 1889. *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1889.*

Der Apparat wiegt 370 Grm., liefert mit $^1/_{10}$ Liter Füllungsflüssigkeit durch $^3/_4$ Stunden ein starkes Licht und gestattet intensive Beleuchtung einzelner Körpertheile. Der eigentliche Beleuchtungskörper ist 65 mm hoch und besteht aus Glühlicht, Spiegel oder Glasstab. CHIARI.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **Nathan S. Roberts. Die Behandlung der Nasenkrankheiten durch den allgemeinen Arzt. (The treatment of diseases of the nose by the general practitioner.)** Med. Soc. County New York. *N. Y. Med. Record. 12. Jan. 1889.*

R. lenkt die Aufmerksamkeit in höherem Maasse auf die Nasenaffectionen, die der Praktiker nach einem geringen Grade von Uebung erfolgreich zu behandeln vermag, die aber, wenn sie vernachlässigt sind, nicht nur lokal sehr qualvoll werden können, sondern auch durch Reflexwirkung zu Asthma, Kopfschmerzen, Ohren und Kehlkopfkrankheiten etc. führen. LEFFERTS.

23) **William A. Dayton** (New-York). **Die Rolle der Nasenlöcher bei der Athmung. (Le rôle des narines dans la respiration.)** *The Post Graduate. April 1889.* Med. Record. *La Tribune méd. 2. Mai 1889.*

Verf. sucht die Gefahren der Mundathmung und die Nothwendigkeit der nasalen Athmung vom hygienischen Gesichtspunkte aus zu erweisen.

E. J. MOURE.

24) **Dionisio** (Turin). **Ueber die Rhinoscopia posterior. Gaumenhaken und Zungenspatel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 2. 1889.*

D. construirte ein Instrument, welches sowohl den Gaumenhaken Voltolini's als auch den Zungenhalter in sich vereinigt. Abbildung und Beschreibung ist im Original nachzusehen. SCHECH.

25) **Suchannek** (Zürich). **Ueber einen Fall von Leukämie mit bemerkenswerther Veränderung der Nasenschleimhaut.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. XX. 1889.*

Bei einem Fall von Leukämie, der einen 46jährigen Mann betraf, wurde bei der Autopsie auf die Nasenschleimhaut besondere Rücksicht genommen, die schon makroskopisch durch ihre hellgelb-bräunliche bezw. dunkelbraune Färbung auffiel. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich bei Erhaltung des Epithels eine fast vollständige Zerstörung des Drüsenapparates und zwar stärker in der Regio olfactoria, als in der Regio respiratoria. In der Regio olfactoria zeigte sich ausserdem die ganze Breite der stark verdickten subepithelialen Schicht eingenommen von einem lymphoiden Gewebe, das entweder in diffuser Weise das Gewebe infiltrirt oder deutlich abgegrenzte ovoide oder hügelige Lymphombildungen erkennen lässt. SEIFERT.

26) **F. H. Potter. Bemerkungen über die Behandlung des acuten Schnupfens. (Notes on the treatment of acute coryza.)** *Buffalo Med. and Surg. Journ. Januar 1889.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **C. H. Merz. Die Behandlung des einfachen chronischen Schnupfens. (The treatment of simple chronic rhinitis.)** *Medical Aye, detroit. 25. Febr. 1889.*

M. empfiehlt die Inhalation medicamentöser Dämpfe, die Anwendung von Pulvern oder Salben und Elektricität. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **Seifert** (Würzburg). **Ueber Rhinitis fibrinosa (crouposa) mit Demonstration mikroskopischer Präparate.** VIII. Congress für innere Medicin in Wiesbaden. April 1889.

Demonstration von Präparaten. die der Nasenschleimhaut eines an secundärer Rhinitis fibrinosa erkrankten 17jährigen Mannes entnommen sind und zeigen. dass es sich um reine fibrinöse Exsudation auf das intacte Epithel handelt. Dieses und die submucöse Schicht reichlich von Rundzellen durchsetzt. In dem Exsudat und in Lymphzellen Haufen von Kokken. AUTOREFERAT.

29) **Isidor Gluck. Membranöse Rhinitis. (Membranous Rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 27. April 1889.*

Der Eintritt der Krankheit war in einer Reihe von Fällen, die G. beobachtete, ein plötzlicher, er glich einem Anfalle von Heufieber. Es bestand starke Schwellung und Röthung der Schleimhaut. Bei genauerer Inspection der Nasenwege konnte man einen Streifen einer weissen Substanz. der den Raum zwischen Septum und oberer und mittlerer Nasenmuschel ausfüllte, wahrnehmen. Die Secretion der Nase hatte eine zähe, aber klare, durchscheinende Beschaffenheit. Es bestand keine deutliche Temperaturerhöhung. Die Patienten klagten über ein Gefühl von Müdigkeit und allgemeinem Unbehagen. Frühere ähnliche Anfälle wurden nicht erwähnt, nur das Bestehen einer besonderen Empfänglichkeit für Erkältungen und in einigen Fällen für catarrhalische Affectionen der Nasenwege wird angegeben. — Wenn man die Membran in der Absicht. sie zu entfernen, packt, so reisst nur das angefasste Stückchen los. Die Membran erscheint

als milchig weisse, flache Masse. auf beiden Seiten eine breite Schicht Flüssigkeit. Bei Entfernung derselben bleibt eine blutende Oberfläche zurück, welche, wie G. glaubt, nicht durch die gewaltsame Trennung der Membran von ihrem Grunde verursacht ist, sondern eher von der Berührung der entzündeten Theile mit dem Instrumente stammte. Am nächsten Tage fand sich die Membran wieder hergestellt. Pharynx und Larynx sind nicht afficirt, nur ist der weiche Gaumen erschlafft und die Uvula verlängert. — In der Annahme, dass die Krankheit eine locale und die Membran durch Exsudation gebildet war, gab G. versuchsweise ein Mittel, das die Eigenschaft hat, die Exsudation zu hemmen, nämlich das Atropin. Dasselbe erfüllte bei localer Anwendung alle Erwartungen: es wirkte als locales Sedativum, adstringirend und hemmte sofort die Exsudation.

LEFFERTS.

30) **Frank Hamilton Potter** (Buffalo, N.-Y.). **Membranöse Rhinitis. (Membranous Rhinitis.)** *Journ. of Laryngology. März 1889.*

Die membranöse Rhinitis kommt nach Potter in etwa 2pCt. aller Fälle von acuter Rhinitis vor. Die Symptome sind fast ganz dieselben, wie bei der gewöhnlichen Rhinitis, nur beginnt etwa am 3. Tage der Ausfluss einzutrocknen und es erscheint eine am Septum und an den Nasenmuscheln fest anhaftende Membran. Dieselbe lässt sich nicht abspülen oder abwaschen; zieht man sie mit der Zange herunter, so bildet sie sich bald wieder.

Cocaïn, das absolut nicht im Stande ist, eine Contraction der geschwollenen Theile hervorzubringen, und eine ganze Reihe anderer Mittel wurden ohne jeden Nutzen versucht; die Dauer der Krankheit erstreckt sich trotz aller Behandlung auf etwa 3 Wochen.

P. meint, dass diese Fälle die allgemein verbreitete Anschauung entkräften, wonach alle entzündlichen Pseudomembranen in den Luftwegen zu dem Gifte der Diphtherie in Beziehung zu setzen sind; zum Schluss fragt der Verf., ob nicht, wenn wir eine Entzündung der Nase haben, die durch die Bildung einer Pseudomembran charakterisirt ist, bei der sich aber keine Spur eines diphtheritischen Giftes entdecken lässt, eine Entzündung derselben Art auch im Larynx oder im Pharynx vorkommen könne. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

31) **H. D. Chapin. Pseudomembranöse Rhinitis. (Pseudo-membraneous Rhinitis.)** *N. Y. Med. Record. 29. Juni 1889.*

Der Autor wirft die Frage auf, ob es eine croupöse Entzündung der Nasenschleimhaut geben kann. Hartmann scheint der erste zu sein, der die Bemerkung macht, dass diese Krankheit von der Diphtherie getrennt ist. Verf. berichtet über 2 Fälle. Die Untersuchung der Nase zeigte diese vollgestopft mit fibrinösen Massen. Der Rachen war nur congestionirt; es bestand fast kein Fieber, obgleich die Temperatur einmal auf 101$\frac{1}{2}$° F. stieg. Der Patient, ein Kind, ging herum und spielte. Der zweite Fall wies nahezu den gleichen Krankheitsverlauf auf, nur war die Membran bröckliger und weniger reichlich. Keiner von beiden Fällen bot irgend Zeichen von Sepsis, der Urin enthielt kein Eiweiss. Mit Berücksichtigung der berichteten Fälle und der Literatur des Gegenstandes kommt

der Verf. zu dem Schlusse, dass diese Krankheit eine pseudo membranöse Rhinitis darstellt, dass diese aber sehr selten ist. LEFFERTS.

32) **Schuchardt** (Halle). **Das Wesen der Ozaena.** *Deutsche Medic. Zeitung. X. 35.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

33) **Sidlo** (Wien). **Behandlung der Ozaena mit Glycerin.** Vortrag in dem Verein der Militärärzte in Wien. *Wiener med. Presse. No. 6. 1889.*

Tägliche Ausspritzungen mit 2procent. Lösung von Kali chloricum, welcher 10pCt. Glycerin beigemischt sind, dann Einführen von Wattetampons, die mit einer Mischung von 1 Glycerin und 3 Aqua getränkt werden, bringen schnelle Besserung.

S. stellte einen Fall von hochgradiger Ozaena vor, der auf diese Art in 4 Wochen geheilt worden sein soll. CHIARI.

34) **A. Trousseau. Behandlung der Ozaena und infectiöser Hornhautgeschwüre. (Traitement de l'ozène et des ulcères infectieux de la cornée.)** *Répertoire de thérapeutique. April 1889.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die enge Beziehung, die zwischen gewissen Augenaffectionen und der essentiellen Ozaena bei völliger Integrität der Thränenwege besteht. Die Heilung des Auges ist stets von der der Nasenerkrankung abhängig. E. J. MOURE.

35) **A. Ruault. Eine neue Behandlungsmethode für atrophische Rhinitis und Ozaena. (Sur une nouvelle méthode de traitement de la rhinite atrophique et de l'ozène.)** *Arch. de Laryngolog. April 1889.*

Der Verf. betrachtet die verschiedenen von den Autoren gerühmten Behandlungsmethoden als rein palliative; seine eigene Methode besteht darin, dass 1. die Fossae nasales von Krusten frei gemacht werden; 2. auf die Schleimhaut ein kräftiges Antisepticum wirkt, welches zu gleicher Zeit die Antisepsis und einen leichten Reiz auf die Schleimhaut ausübt; 3. das Eintrocknen der Schleimhaut verhindert wird, dadurch, dass man dem Kranken die Fähigkeit, durch beide Nasenlöcher athmen zu können, bewahrt.

Die erste Indication ist erfüllt durch Irrigationen von lauwarmem Wasser mit einem Zusatz von Natr. bicarbonicum.

Die Antiseptik der Schleimhaut wird erzielt durch mit sehr weichem Pinsel vorgenommene Pinselungen von Naphtol-Campher (1 Theil Naphtol auf 2 Theile Campher) vermischt mit einer gewissen Menge Vaselinöl, variabel viel, je nach der Empfänglichkeit des Kranken dafür. Das Austrocknen der Schleimhaut ist zu verhindern durch häufige Einstäubungen mit Vaselinöl mit einem Zusatz von Naphtol-Campher im Verhältniss 0,1 : 1000,0. Später können die Wassereingiessungen durch eine $^1/_4$ stündige Inhalation von Wasserdampf mit Tinct. benzoica (1 Kaffeelöffel auf 100 Grm. Wasser) ersetzt werden. Allein die Oeleinstäubungen bilden den wichtigsten Theil der Behandlung. E. J. MOURE.

36) E. Martin. **Die Behandlung der wahren Ozaena. (Du traitement de l'ozène vrai.)** *Thèse de Paris. 1889.*

Der Autor erzielte sehr schnelle Erfolge durch den Gebrauch von Jod-Glycerin-Tampons, die in die Nasenlöcher eingeführt wurden; in gleicher Weise empfiehlt er die chemische [? Red.] Galvanokaustik. E. J. MOURE.

37) Baumgarten (Pest). **Einige Fälle von Störungen des Geruches und Geschmackes.** *Pester med. chirurg. Presse. No. 9. 1889.*

B. hebt zunächst hervor, wie häufig sich bei sorgfältiger Prüfung des Riechvermögens Gesunder und Kranker Störungen desselben sowohl in qualitativer, als quantitativer Hinsicht nachweisen lassen. Natürlich muss man ätzende Substanzen, als Ammoniak, Eisessig etc. vermeiden. Anosmie, sowohl partielle als totale, kommen sehr häufig vor und werden meistens nicht beachtet, ausser von Menschen, die ihren Geruch brauchen. Die Ursachen sind central oder peripher; davon bietet die Verlegung der Riechspalte durch Schwellungen oder Tumoren die leichteste Möglichkeit der Heilung.

Die Hyperosmie ist auf grosse Reizbarkeit des Riechnerven oder auf pathologische Veränderungen oder auf Hallucination zurückzuführen. B. heilte zwei solcher Fälle durch galvanokaustische Behandlung der kranken Muscheln.

Kakosmie und Parosmie sind seltener. B. behandelte einen Herrn, der links beständig Carbolsäure roch und besserte ihn durch Cauterisation der linken unteren stark geschwollenen Muschel. Meistens scheint bei der Hyperosmie, Alliotrosmie, Kakosmie und Parosmie eine besondere Erregbarkeit der Nerven nöthig zu sein, da die Patienten gewöhnlich an Hysterie, Hypochondrie oder Neurasthenie litten. CHIARI.

38) Zwaardemaker (Utrecht). **Cocaïn-Anosmie.** *Fortschritte der Medicin. 13. 1889.*

Zw. hat den Einfluss, welchen das Cocaïn auf den Geruchssinn ausübt, experimentell geprüft. Nachdem die Geruchsschärfe mit Hülfe seines Olfactometers geprüft worden war, wurde Cocaïnpulver (5, 10 oder 20 pCt. mit Amylum) in die Nase geblasen. Es ergab sich nun aus einer Reihe von Versuchen, dass Cocaïn eine vorübergehende Anosmie hervorruft, dass der Anosmie eine Hyperaesthesia olfactoria vorausgeht, dass die Anosmie sich gleichzeitig auf sehr verschiedene Geruchsquantitäten bezieht. SEIFERT.

39) Hughlings Jackson und Beevor (London). **Ein Fall von Epilepsie mit Geruchsaura, veranlasst durch einen Tumor im Lobus temporo-sphenoidalis. (A case of epilepsy with olfactory aura from a tumour in the temporo-sphenoidal lobe.)** *Brit. Med. Journ. 23. Febr. 1889.*

Der Titel bezeichnet das Wesentlichste des am 18. Februar vor der Med. Society of London gehaltenen Vortrags, an den sich eine längere Debatte schloss. Es ergab sich aus Vortrag und Discussion, dass eine Geruchsaura sehr selten ist, und dass nach dem epileptischen Anfall selbst gewöhnlich eine temporäre Verminderung des Geruchssinnes gefunden wird. Ausserdem wurde der Fall von mehreren Seiten als eine Bestätigung der Ansicht, dass das Centrum für den

Geruch im Lobus temporo-sphenoidalis gelegen sei, in Anspruch genommen. Die Lectüre des interessanten Falles, des Leichenbefundes und der Discussion im Original ist sehr zu empfehlen. SEMON.

40) De Rechter. **Fall von hysterischem Niesen. Heilung durch Suggestion im wachenden Zustand. (Un cas d'Éternument Hystérique. Guérison par la Suggestion à l'État de veille.)** *Journ. de Médicin, de Chir. et de Pharmacol. No. 4. 1889.*

13jähriges Mädchen, nicht menstruirt, das schon zuvor nervöse Anfälle hatte, ist seit 14 Tagen von ununterbrochenem Niesen, 30 bis 40 Mal in der Minute, befallen, und zwar ohne Secretion mit gleichzeitiger linksseitiger Hemicranie; im Schlafe frei von Niesanfällen. Schmerz in der linken Ovarialgegend.

Diagnose von Crocq auf „hysterisches Niesen“ gestellt. Derselbe fixirt die Patientin und befiehlt ihr in kurzem Tone, ohne sie zu hypnotisiren, nicht mehr zu niesen. Dasselbe hörte auch sofort auf. Verordnung von Kali brom. Wenige Tage darauf Schnupfen, aus welchem eine Tracheobronchitis wird.

Crocq erklärt den Fall: die Ursache liege central und peripherisch; dazu komme noch das psychische Element, die Autosuggestion, wobei sich die Kranke nach wiederholtem Niesen eingebildet habe, dass sie niesen müsse; daher auch der prompte Effect der Suggestion nach dem Ausspruche Dumonpallier's: „L'agent qui fait, défait; la cause qui fait, défait.“ BAYER.

41) Schmiegelow (Kopenhagen). **Asthma, besonders mit Rücksicht auf seine Beziehung zu Nasenkrankheiten. (Asthma soerligt med hensyn til dens forhold til noesesygdomme.)** Köbenhavn, Stagerup's Forlag. 94 S. 1889.

Verf. leitet seine Arbeit mit einer historischen Uebersicht über die Asthmafrage ein. Er fasst Asthma mit G. Sée als eine Bulbärneurose auf, deren einzelne Anfälle (hauptsächlich aus Diaphragmakrämpfen bestehend) durch Reizung peripherer Nerven (Nn. vagi, rami nasales n. n. trigemini etc.) ausgelöst werden. Unter 514 Fällen von Rhinitis chronica hat er 40 Mal Asthma gesehen; von 139 Patienten mit Nasenpolypen waren 31 asthmatisch. Wegen verschiedener Umstände konnten nur 50 Fälle verwendet werden, um die Frage von der Nutzwirkung einer localen Nasentherapie beim Asthma zu entscheiden. Von diesen 50 Fällen wurden 32 geheilt, 11 gebessert, 7 erfolglos behandelt. Zu den geheilten und den gebesserten Fällen wurden auch diejenigen gerechnet, bei denen ein Recidiv der asthmatischen Attaquen nach längeren Pausen wieder eintraf. Es zeigte sich nämlich immer, dass überall, wo dies der Fall war, auch ein Recidiv des localen Nasenleidens constatirt werden konnte.

Verf. resumirt seine Arbeit dahin:

1. dass Asthma als eine Bulbärneurose aufgefasst werden muss;

2. dass die bulbäre Neurose, die in einer excessiven Reflexirritabilität des Respirationscentrums besteht, obgleich selten, mit einer allgemeinen starken Nervosität gepaart sein kann;

3. dass die bulbäre Neurose nach schwächenden Einflüssen, wie Puerperien, Blutungen etc. entstehen kann;

4. dass die bulbäre Neurose bei anscheinend kräftigen Individuen ohne Spur von sonstigen nervösen Phänomenen auftreten kann, und dass sie in diesem Falle wahrscheinlich als Resultat von häufigen und starken Reizen, die das Respirationscentrum von den nasalen Zweigen des Trigeminus aus treffen, wozu auch Irritationen anderer Nerven, insbesondere der sensitiven, laryngealen und pulmonalen Fäden des Vagus gehören, betrachtet werden muss;

5. dass ein asthmatischer Anfall in einer Reihe von Fällen von der Nasenschleimhaut ausgelöst werden kann, wenn nur die Vorbedingung: die gesteigerte bulbäre Reflexirritabilität vorhanden ist, und dass caeteris paribus Reize, die der Medulla oblongata von irgend einem sensitiven Nerven zugeführt werden, im Stande sind. ähnliche Anfälle auszulösen;

6. dass man durch eine vollständige Unterdrückung der peripheren Reize, z. B. durch eine gründliche Behandlung eines chronischen Nasencatarrhs, im Stande ist, in manchen Fällen definitiv die asthmatischen Attaquen zu heilen, dass dieses aber in einer grossen Anzahl von Fällen erst gelingt, wenn eine allgemeine roborirende Behandlung, die das centrale Nervenleiden in's Auge fasst, angewandt wird;

7. dass man bei jedem Asthmatischen die Nasenhöhle untersuchen und eventuell sachkundig behandeln muss, falls nämlich das Krankenbild und der objective Befund zu der Vermuthung einer bestimmten ursächlichen Verbindung zwischen den asthmatischen Anfällen und dem Nasenleiden berechtigt;

8. dass schliesslich Nasenkrankheiten zufälliger Weise bei Asthmatikern auftreten können, ohne in ätiologischem Verhältnisse zu den asthmatischen Anfällen zu stehen.

AUTOREFERAT.

42) **Brügelmann** (Inselbad). **Ueber Nasenschwindel, speciell über Aprosexia nasalis.** *Therap. Monatshefte. 2. 1889.*

Br. bringt einen Beitrag zur Lehre von der Aprosexia nasalis Es handelte sich um einen 53jährigen Mann, der an den charakteristischen Erscheinungen dieser eigenthümlichen Form von Nervenkrankheit litt, doch scheint dieser Fall insofern nicht ganz rein zu sein, als es sich um einen übermässigen Raucher handelte. Oeftere Cauterisationen verdickter Partien der Nase brachten Heilung.

SEIFERT.

43) **Felix Semon** (London). **Einseitige, unvollständige Basedow'sche Krankheit nach Entfernung von Nasenpolypen. (Unilateral incomplete Graves's disease after removal of nasal polypi.)** *Brit. Med. Journ. 20. April 1889.*

Vortrag vor der Clinical Society of London am 12. April 1889 mit Demonstration des Kranken, eines 30jährigen Geistlichen.

Nach kurzer Beschreibung der Fälle von Hopmann, Hack, B. Fränkel und G. Stoker, in welchen intranasale Operationen von gänzlichem oder theilweisem Verschwinden der Symptome der Struma exophthalmica gefolgt waren, sprach der Vortragende sein Bedauern aus. einen Fall berichten zu müssen, in dem das gerade Gegentheil erfolgt war. In seinem Falle nämlich hatte sich plötzlich 1 bis 2 Tage nach einer mit der galvanokaustischen Schlinge ausgeführten Nasenpolypenoperation (der Kranke war schon oft und beiderseitig

vorher in gleicher Weise ohne nachtheilige Folgen operirt worden) Exophthalmus des rechten Auges mit den Graefe'schen und Stellwag'schen Symptomen eingestellt. Die Schilddrüse war nicht vergrössert, die Pulsfrequenz hatte nicht zugenommen. Die Diagnose auf unvollständige Basedow'sche Krankheit war von Mr. Nettleship bestätigt worden. — Sehr bemerkenswerth war der Umstand, dass, während die galvanokaustische Operation ein neurotisches Symptom, nämlich den Exophthalmus producirt hatte, sie den Kranken von einem andern, Asthma nervosum, von welchem er kurze Zeit nach dem Auftreten der Nasenpolypen befallen worden war, geheilt hatte. — Warum allein das rechte Auge befallen worden sei, vermöge der Vortragende nicht zu erklären. Er besprach sodann die verschiedenen Hypothesen, auf Grund deren das Auftreten des Exophthalmus zu erklären sei (Reflexdilatation der Orbitalgefässe mit Turgescenz des retrobulbären Fettgewebes, tonische Contraction des Musculus orbitalis in Folge von Reflexreiz von der Nase aus etc.) ohne sich zu Gunsten einer oder der andern zu erklären, und richtete schliesslich die Frage an die Gesellschaft, ob man in einem solchen Fall berechtigt sei, mit der von dem Patienten selbst dringend gewünschten weiteren Entfernung der inzwischen wieder nachgewachsenen Nasenpolypen fortzufahren?

In der Discussion erklärte Mr. Brudenell Carter, dass er geneigt sei, das Auftreten des Exophthalmus für eine blosse Coincidenz zu halten. Stellwag's Symptom sei freilich vorhanden, aber das Vorragen des Bulbus sei sehr unbedeutend. Er schlug eine Operation am Augenlid vor, um die Entstellung zu beseitigen. — Dr. de Havilland Hall rieth zur Fortsetzung der Operationen, da, wenn ein Zusammenhang zwischen denselben und den neurotischen Erscheinungen wirklich existire, man hoffen dürfe, dass bei weiterem Eingreifen der entgegengesetzte Effect erzielt werden dürfte, d. h. dass die Augensymptome zurückgehen würden.

Der Vortragende erwiderte, dass sich ihm dieselbe Idee aufgedrängt hätte, wie Dr. de Havilland Hall, dass er aber, eher er weiter operirte, die Ansicht der Gesellschaft über die Räthlichkeit eines solchen Vorgehens zu vernehmen gewünscht hätte. Nach dem Resultate der Discussion werde sein Patient sicher die Fortsetzung der Operationen verlangen. — In Beantwortung von Mr. Carter's Einwurf müsse er sagen, dass die Thatsache, dass jetzt schon 5 von verschiedenen zuverlässigen Beobachtern sorgfältig berichtete Fälle vorlägen, in denen neurotische Symptome im Gebiet des Sympathicus durch intranasale Operationen im Laufe von 1 bis 2 Tagen und stets an derselben Seite, an welcher die Operationen vorgenommen seien, beeinflusst worden wären, die Idee an eine blosse Coincidenz in der That auszuschliessen scheine.

[Zur Vervollständigung des Falles möchte der Referent hier nachtragen, dass sich nach den nächsten Operationen die Pulsfrequenz, die bis zur Zeit des Vortrags stets normal (70—80) gewesen war, auf 100—110 erhob und über 2 Monate lang auf dieser Höhe verblieb! Am Herzen keine sonstigen Erscheinungen, keine Vergrösserung der Schilddrüse. — Als er den Patienten zum letzten Male am 31. Juli, d. h. etwa 2 Monate nach Beendigung der intranasalen Operationen, wiedersah, hatte sich die Pulsfrequenz auf 90 verringert; auch der

Exophthalmus mit den begleitenden Augenlidsymptomen schien etwas abgenommen zu haben.] AUTOREFERAT.

44) **S. v. Stein** (Moscau). **Herzneurosen in Folge von Erkrankungen der Nase. (Newrosi serdza, obuslowlenni stradaniem nosa.)** *Med. obosr. No. 2 und 3. 1889.*

Unter 530 Patienten mit Erkrankungen der Nase litten 50 an Herzneurosen verschiedener Art. Nur solche Patienten wurden mitgezählt, bei denen die Herzneurosen nach einer galvanocaustischen Behandlung der Nase entweder ganz schwanden oder wenigstens sich bedeutend besserten. Diese nervösen Symptome bestanden in einem Gefühl von Zusammenziehen des Herzens, von Druck in der Herzgegend, von Herzklopfen bei Bewegungen oder beim Einschlafen, ferner in Stechen und starken Schmerzen in der Herzgegend. Zu diesen Erscheinungen gesellten sich noch andere sehr verschiedenartige nervöse Störungen.

Diese nervösen Störungen von Seiten des Herzens sind sehr schwer zu erklären. Vielleicht spielt hier bei behinderter Nasenathmung die geringe Verdunstung der Flüssigkeit eine Rolle (Blach). Die Patienten mit chronischer Rhinitis klagen häufig über eine unangenehme Trockenheit in der Nase und sobald die Nasenschleimhaut z. B. durch Schnupftabak zu einer stärkeren Secretion veranlasst wird, fühlen sich die Patienten viel wohler. Die Mundathmung kann hinsichtlich der Wasserabgabe die Nasenathmung nicht ersetzen, weil die Mundschleimhaut wegen der geringeren Zahl der Schleimdrüsen bald trocken wird. Manche hypertrophische Rhinitis möge eine Folge von einer Erkrankung des Gangl. sphenopalat. oder des Nerv. trigeminus sein und in solchen Fällen liesse sich ein Erfolg von einer elektrischen Behandlung erwarten. LUNIN.

45) **Mc. Wheeney. Rhinolith. (Rhinolith.)** *Dublin Journ. of Med. Science. Febr. 1889.*

Der vorgezeigte Stein, der 6,3 Grm. wog, wurde bei einer 45jährigen Frau entfernt, der er, abgesehen von einer Behinderung der Nasenathmung, wenig Beschwerden bereitete. Mc. BRIDE.

46) **N. Faulkner** (Dublin). **Bericht über einen Nasenstein. (Report upon a Rhinolith.)** *Dublin Journ. of Med. Science. März 1889.*

Der Stein enthielt in 100 Centigramm:

Flüssigkeit 3,2,
Organische Bestandtheile 13,0,
Kalk (CaO) 44,4,
Phosphorsäure ($P_2O_5$) 38,4.
Geringe Spuren von Natriumchlorid und Magnesium. P. McBRIDE.

47) **Baden** (Dänemark). **Ein Fall von Rhinolith. (Et Tilfaelde af Rhinolith.)** *Hospitals-Tidende. 9. Jan. 1889.*

B. theilt einen Fall mit, in dem ein Rhinolith sich bei einer 45jährigen Frau um einen Kirschstein gebildet hatte und nach Lithotripsie entfernt wurde; der Stein hatte einen seit vier Jahren bestehenden übelriechenden, purulenten Ausfluss aus der rechten Seite der Nase verursacht. SCHMIEGELOW.

48) **Em. Laurent. Beobachtungen über Fremdkörper der Nasenhöhle. (Observation de corps étranger des fosses nasales.)** *Le Courrier méd. 23. Februar 1889.*

Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, der sich ein Stückchen Hollundermark in die Nase eingeführt hatte. Die Affection wurde Mangels eines Geständnisses des Knaben und in Folge einer unvollständigen Untersuchung nach einander für eine Ozaena und für einen malignen Tumor gehalten. Der Fremdkörper wurde mehrere Monate später spontan ausgestossen. E. J. MOURE.

49) **F. J. Smith. Fremdkörper in der Nase. (Foreign bodies in the nose.)** *Atlanta Med. and Surg Journ Febr. 1889.*

3 Fälle. Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

50) **M. Schäffer** (Bremen). **Fein krystallisirtes Jodol für Insufflationen in der rhinologischen Praxis.** *Therapeut. Monatsh. 6. 1889.*

Der Vorzug des von der Firma Calle u. Co. in Biebrich a. R. dargestellten krystallisirten Jodols vor dem älteren Präparat besteht nach Sch. darin, dass es sich bei der Insufflation gleichmässig über die Schleimhäute vertheilt, die Fähigkeit besitzt, sich in die obere Schleimhautschicht förmlich einzubohren und so den Patienten Zeit giebt, durch Aufsaugung die Wirkung des Jodols thatsächlich zur Geltung kommen zu lassen. SEIFERT.

51) **H. C. Wood. Bemerkungen über Nasen-Bougies. (Note on Nasal Bougies.)** *Therapeutic Gazette. 15. Jan. 1889.*

W. empfiehlt dieselben zum Gebrauch bei Heufieber; sie sollen aus Cacaobutter gemacht werden, ohne Wachs; jedes Bougie enthält 0.06 Grm. Cocainum hydrochloricum und 0,003 Grm. Atropin. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

## c. Mundrachenhöhle.

52) **Dreier** (Bremen). **Ein Fall von schräger Gesichtsspalte.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XXXIII. 2. 1889.*

Ein 2 Tage altes Mädchen mit sehr ausgedehnter Spaltbildung im Gesicht wurde in das Bremer Krankenhaus aufgenommen. Diese Missbildung musste als rechtsseitige Wangenspalte und linksseitige Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte bezeichnet werden. Links setzte sich die Spalte durch die Wange in die Augenlider fort und ging als mehr oder weniger tiefe Hautspalte weiter um das Hinterhaupt herum bis in die rechtsseitige Wangenspalte hinein. An den Rändern des Spaltes hingen fast überall mehr oder weniger grosse Fetzen des Amnion. D. denkt sich den Vorgang so, dass zu einer Zeit, als die Gesichtsfortsätze sich noch nicht vereinigt hatten, ein quer durch die Mundspalte verlaufender Amnionstrang die Verwachsung gewisser Theile verhinderte und dass später durch Druck auf die Weichtheile und Knochen der Spalt vergrössert wurde. SEIFERT.

53) **Pilz** (Wien). **Angeborene Wangenspalte.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1889.*

Ein 2jähriger Knabe zeigte beiderseits eine Verlängerung der Mundspalte; der Schluss des Mundes erfolgte vollständig, die Spaltränder waren mit gesunder Schleimhaut bekleidet. Billroth operirte den Knaben mit gutem Erfolge.

P. erwähnt dann 11 Fälle derselben Anomalie und ventilirt die Ursachen derselben: Es könnten Amnionstränge sein, oder auch eine Vermehrung der normalen Kopfbeugung des Embryo, wobei sich die Extremitäten als Hemmniss des Verschlusses in die Spalten legen können. CHIARI.

54) **B. Pitts** (London). **Mediane Hasenscharte. (Median Harelip.)** *Brit. Med. Journ. 23. März 1889.*

Demonstration vor der Med. Society of London am 18. März 1889. Nichts Besonderes. SEMON.

55) **J. Wolff. Zur Frage vom functionellen Erfolge der Operation der angeborenen Gaumenspalte.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 9. 1889.*

Auf Grund eines vom Verf. operirten und vom Taubstummenlehrer Gutzmann nachbehandelten Falles, in welchem ein voller Erfolg erzielt wurde, — 24jähriger Mann, von Langenbeck im 12. Jahre ohne Erfolg operirt, seitdem Obturator — plaidirt Verf. für die Staphylorrhaphie auch in späteren Jahren. LANDGRAF.

56) **J. Wolff** (Berlin). **Ueber einen Fall von operativer Vereinigung einer linksseitig durchgehenden Lippen- und Gaumenspalte bei einem 5 Monate alten Kinde.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XXXVIII. 1. 1889.*

In dem auf den Chirurgencongress 1888 vorgestellten Falle handelte es sich um ein Kind, das mit linksseitig durchgehender Lippen- und Gaumenspalte geboren, 2 Tage nach der Geburt der Operation der Hasenscharte (Lippensaumvorziehung) unterzogen wurde und später nach dem (J. Wolff) Verfahren der Transplantation des an die Spalttheile weit in die Wange verzogenen Nasenflügels nach der Mittellinie hin operirt wurde. Das kosmetische Resultat (s. Tafel) ist ein vortreffliches, da das Kind eine Oberlippe von schöner Länge besitzt, der linke Nasenflügel aus der Wange geholt ist und seine normale, nach der Mittellinie hingerichtete Wölbung wieder erlangt hat. Im Alter von 5 Monaten wurde die Uranoplastik und die Staphylorrhaphie ausgeführt, zu alldem war eine 6malige Operation nothwendig. SEIFERT.

57) **Billroth** (Wien). **Ueber Uranoplastik.** **Demonstration in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte am 15. März 1889.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 12. 1889.*

B. stellt 4 Fälle von angeborenen Defecten des Gaumens vor, bei denen der Verschluss des Gaumens in einer Operation gelang. Einmal wurde nur die Staphylorrhaphie gemacht, sonst auch die Uranoplastik. Die Naht wurde derart gemacht, dass ein Theil der obern wunden Flächen der Lappen aneinandergelegt und sehr exakt vereinigt wurde. Die Eiterung an den seitlichen offenen Wundflächen wurde durch Einlegen von Jodoformgaze fast ganz ver-

mieden. Um die ohnedies wenig entwickelten Muskeln des Velums zu schonen, wurde nach Durchtrennung der Schleimhaut die innere Lamelle des Flügelfortsatzes oberhalb des Hamulus pterygoideus eingeschlagen und sammt den Muskeln gegen die Medianlinie verschoben. Trotzdem ist das funktionelle Resultat in Bezug auf das Sprechen durch die Operation allein nicht sehr günstig, weil eben die Muskeln mangelhaft sind und nicht zum Sprechen geübt wurden. Es muss daher noch Sprachunterricht die Patienten lehren, die Buchstaben zu bilden, selbst wenn ein Obturator, den einer der Kranken trug, den Abschluss des Mundes gegen die Nase vervollständigt. Dr. R. Coën liess dann nach einer kurzen Mittheilung über die Art dieses Unterrichtes die Kranken einige Zeilen lesen.

CHIARI.

58) **Joh. Bókai** (Pest). **Ueber die Retropharyngealabscesse.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Pest am 4. Mai 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 19. 1889.*

B. berichtet über 280 Fälle und hält dafür, dass bei den idiopathischen Fällen Entzündung der retropharyngealen Lymphdrüsen die Ursache sei. wie schon Prof. Bokai 1876 hervorhob.

Scrophulose und Rhachitis begünstigt ihr Entstehen, dagegen scheinen acute Infectionskrankheiten weniger oft, als man annahm die Ursache zu sein. Schliesslich schlägt er für den idiopath. R. A. den Namen: Abscessus retropharyngealis ex lymphadenitide retropharyngeali vor.

CHIARI.

59) **K. K. Wheelock. Retropharyngealabscess und „Gluckhennen"-Stertor. (Retro-pharyngeal abscess and „Hen-cluck" Stertor.)** J. Amer. Med. Association. 26. Januar 1889.

W. berichtet einen Fall von einem 11 Monate alten Kinde; Dysphagie bestand nicht, dagegen war die Nasenathmung verstopft. Im Schlafe war die Athmung stertorös; zwischen dem Stertor und der zeitweilig aussetzenden Athmung war ein eigenthümliches glucksendes Geräusch zu hören, so wie ein Huhn es macht, wenn es die Küchelchen ruft. Bei der Untersuchung fand man den Abscess und incidirte.

W. hält diesen Gluckhennenstertor für pathognomonisch für Retropharyngealabscess mit Druck auf den Kehlkopf.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **A. D. Blackader** (Montreal). **Retropharyngealabscess. (Retro-pharyngeal abscess.)** *Archives of Pediatrics. Februar 1889*, und *Montreal Med. Journ. März 1889.*

Der Artikel giebt eine allgemeine Uebersicht über die Literatur dieses Gegenstandes und ergänzt sie durch den Bericht dreier Fälle von Retropharyngealabscess bei Kindern, die alle unter 1 Jahr alt waren. Der Autor betont, wie häufig diese Krankheit übersehen wird, bis es zu spät ist; er führt dies auf die Thatsache zurück, dass die grössere Zahl dieser Fälle junge Kinder trifft, bei denen der Pharynx sehr schwer zu untersuchen ist.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

61) **Hillenbrand. Ueber gutartige Neoplasmen im hinteren Theil der Mundhöhle.** Dissertation. Würzburg 1889.

Sorgfältige Aufzählung und Beschreibung aller in dem hinteren Theile der Mundhöhle und im Rachen beobachteten Neubildungen mit specieller Aufführung von 14 aus der Praxis des Dr. Otto Seifert stammenden Fällen von Papillomen des weichen Gaumens und 4 Fällen von papillären Excrescenzen der Zunge.

SCHECH

62) **Rossbach (Jena). Demonstration einer eigenthümlich gewachsenen Geschwulst des Pharynx.** Section für Heilkunde in Jena. *Correspondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. XVIII. 1. 1889.*

44jähriger Mann. Geschwulst (welcher Natur?) von der linken seitlichen hinteren Rachenwand ausgehend, welche anscheinend dadurch, dass der linke Rand des Kehldeckels in einem Einschnitt derselben liegt, in 2 Tumoren zerfällt.

SEIFERT.

63) **Schnitzler (Wien). Demonstration eines Falles von ausgebreiteter Zerstörung des weichen und harten Gaumens sowie der hinteren Rachenwand.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 21. December 1888. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 1. 1888.*

Das Wesen des geschwürigen Processes ist nach Schn. derzeit nicht festzustellen, da die histologische Untersuchung eines excidirten Stückchens keine sichern Anhaltspunkte bot. In der sich anschliessenden Debatte, an welcher sich Störk, Kaposi, Billroth, Neumann betheiligten, betonte Billroth die Nothwendigkeit einer gründlichen histologischen und bakteriologischen Untersuchung, die wohl Klarheit in die Sache bringen werde. CHIARI.

64) **Schnitzler (Wien). Lymphosarcoma pharyngis.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte am 12. April 1889. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 16. 1889.*

S. berichtet über einen Fall, den er schon im December 1888 hier vorgestellt hatte. (Vgl. vorstehendes Referat). Derselbe zeigte damals Verschwärungen am weichen und harten Gaumen und der hinteren Rachenwand mit zahlreichen Infiltrationen höckriger Art in der Umgebung. Die histologische Untersuchung einzelner, der kranken Partie entnommener Stücke liess Tuberculose, Krebs und Syphilis ausschliessen. Trotzdem liess Schn. 12 Einreibungen von von Ung. ciner. machen, ohne aber Erfolg zu erzielen. Hierauf trat auf desinficirende Behandlung Besserung und theilweise Vernarbung ein, bis endlich der Process von neuem aufflackerte und auch den Kehldeckel und Zungengrund ergriff. Anfangs März 1889 traten Athembeschwerden auf, und trotz ausgeführter Tracheotomie starb der Kranke an Erschöpfung. Die Section zeigte ein Lymphosarcom der Rachengegend mit Metastasen in das Netz, den Magen, die Milz und Nebenniere. An der Discussion betheiligten sich Weichselbaum, Neumann, Kaposi, die auf ähnliche Beobachtungen hinwiesen, und Rich. Paltauf, welcher die Unterscheidung zwischen Leukaemie und Pseudoleukaemie aufrecht erhalten wissen will und auf den infectiösen Ursprung der Mycosis fungoides, der Lymphodermia perniciosa und Lymphadenia cutanea hinweist. CHIARI.

65) **Kranefuss** (Halle i.W.). **Ueber einen Fall von retropharyngealem Carcinom und die Operationsmethoden am Pharynx.** Inaugural-Dissertation. Würzburg 1889.

Der von Schönborn nach dem von Mikulicz angegebenen Verfahren (mit einigen Modificationen) operirte Fall betraf eine 64jährige Frau, bei welcher ein Carcinom retropharyngeal auf der rechten Seite seinen Sitz hatte. Der Erfolg war zunächst ein sehr guter, doch trat nach wenigen Wochen ein Recidiv in den Halslymphdrüsen auf.

SEIFERT.

## d. Diphtheritis und Croup.

66) **Guelliot. Eine kleine Diphtheritis-Epidemie. (Petite épidemie de diphthérie.)** Soc. méd. de Reims in *Union méd. scienc. du Nord-Est. März 1889.*

Bericht über eine Diphtheritis-Epidemie innerhalb eines Familienkreises; der Ursprung der Epidemie ist unbekannt.

E. J. MOURE.

67) **Prinzing** (Ulm). **Sterblichkeit und Infectionskrankheiten in Ulm 1861 bis 1888.** *Med. Corresp.-Blatt. 13. 1889.*

Aus den statistischen Erhebungen über Diphtheritis zieht Pr. den Schluss, dass die Diphtheritis mit Vorliebe im Winter und Frühling auftritt, dass ferner die im Sommer und Herbst daran Erkrankten weniger gefährdet sind, als die im Winter und Frühling Erkrankten. Der Grund ist in der schlechten Ventilation der Wohnräume während des Winters zu suchen. Das 5.—10. Lebensjahr war am Meisten gefährdet (27,6 pCt.), Kinder unter 1 Jahr zeigten wenig Disposition (2,7 pCt.) für diese Infectionskrankheit.

SEIFERT.

68) **J. H. Mc. Collom. Beobachtungen über Diphtherie in Boston im Verlauf des Jahres 1888. (Observations on diphtheria in Boston during 1888.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 21. März 1889.*

Die Diphtherie war ungewöhnlich häufig im letzten Jahre und war durch die Stadt in ihrer ganzen Ausdehnung vertheilt.

„Nach der Meinung der angeführten Beobachter; nach der Thatsache, dass die Diphtherie Stadttheile befiel, in denen die sanitären Zustände ausserordentlich gute waren; nach der Thatsache, dass unter 1117 Nachforschungen nur in 596 Fällen Defecte in der Kanalisation gefunden wurden; nach der Thatsache, dass die Quelle der Ansteckung nur in 276 unter 1383 berichteten Fällen aufgefunden werden konnte; nach der Thatsache schliesslich, dass ein deutliches Ansteigen der Krankheit erfolgte, wo Kinder in grösserer Zahl zusammengebracht wnrden — will es scheinen, als ob die allgemeine Ausbreitung der Krankheit dem Contagium zugeschrieben werden musste, dem Contagium nicht sowohl von Seiten der erkannten, sondern der milden, gar nicht bekannten Fälle.“

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

69) C. W. Earle. **Auftreten und Verlauf der Diphtherie in Chicago. (Rise and progress of diphtheria in Chicago.)** *Arch. Pediatrics Philad. Mai 1889.*

Seit 1876 ist ein deutliches Anwachsen der Zahl der Diphtheritis-Todesfälle zu verzeichnen; 1888 aber war die Mortalitätsziffer die niedrigste der letzten 11 Jahre. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **Wachsmuth. Statistik der Diphtherie in Berlin.** *Allg. med. Central-Zeitung. 20. 1889.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

71) **Brasch** (Putbus). **Zur Statistik der Diphtherie.** *Deutsche Medicinal-Zeitung. 17. 1889.*

Die statistischen Erhebungen des Verf. beziehen sich auf ein Material von 239 Fällen mit besonderer Berücksichtigung der Unterschiede in der Sterblichkeitszeitsziffer, welche durch das Alter der Erkrankten verursacht werden. Die Mortalität für das Alter bis zu 5 Jahren betrug 38,5 pCt., für das Alter von 6 bis 15 Jahren 17,3 pCt., für das Alter über 15 Jahren 3,3 pCt. Die hohe Mortalitätsziffer für die ersten Lebensjahre erklärt Br. hauptsächlich aus der grossen Schwierigkeit einer exacten lokalen Behandlung. SEIFERT.

72) **Dedichen** (Norwegen). **Diphtheritis durch Milch. (Difterit gennem Maelk.)** *Tidskrift for praktisk Medicin. März 1889.*

D. beschreibt eine grosse Diphtheritisepidemie, die von einer Molkerei ausgegangen war. SCHMIEGELOW.

73) **Kretzschmar. Zur Aetiologie der Scharlachdiphtherie.** *Med. Mon.-Schr. 1. 2. 1889.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

74) **Kolisko** und **R. Paltauf** (Wien). **Zum Wesen des Croups und der Diphtherie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 8. 1889.*

K. und P. geben in diesem Aufsatze nur eine gedrängte Uebersicht über die Ergebnisse ihrer seit Januar 1887 angestellten Untersuchungen über diesen Gegenstand und verweisen auf eine spätere ausführliche Veröffentlichung darüber. Wir können daher nur auf einige Resultate näher eingehen.

K. und P. fanden den Löffler-Klebs'schen Diphtheriebacillus in 50 Fällen von Croup oder Diphtherie, sowohl primärer Natur, als auch secundärer im Gefolge von Scarlatina, Morbilli und Typhus. (Dagegen vermissten sie ihn bei der gewöhnlichen, mit Scharlach einhergehenden diphtheritischen Angina.) Der Croup und Diphtherie gemeinsame, unter denselben Bedingungen zu kultivirende Bacillus beweist die aetiologische Zusammengehörigkeit beider Processe, für welche daher der von Senator und Orth vorgeschlagene Name „Synanche contagiosa" der beste sei, um so mehr, da sich auch anatomisch und klinisch beide Processe nicht sicher auseinanderhalten lassen.

Neben dem Löffler'schen Bacillus fanden sich fast immer noch Ketten- oder Traubenkokken, welche nach K. und P. zwar nicht die Pseudomembranen hervorrufen, aber die septischen Processe veranlassen; dieselben dringen in die

**Tiefe ein, während die Bacillen sich nur auf der Oberfläche der Membranen oder** der Schleimhaut finden. Daher ist es angezeigt, die locale Bacillen-Ansiedlung durch antiseptische Behandlung zu zerstören, ohne jedoch durch Abkratzen der Membranen oder Aetzungen Wunden zu setzen, durch welche die Ketten- und Traubenkokken in die Tiefe eindringen könnten. Das schon von Löffler angenommene diphtheritische Virus haben K. und P. direct an Thierversuchen nachgewiesen. Sie filtrirten nämlich lebensfähige Reinkulturen von Bacillen und bekamen ein keimfreies Filtrat; dieses Filtrat wurde Meerschweinchen unter die Haut eingespritzt und erzeugte knotige Infiltrate mit nachträglicher Necrose.

Endlich besprechen K. und P. noch die Idee Roux' und Yersin's, gegen die Diphtherie Schutzimpfungen anzuwenden; da die Menschen durch einmaliges Ueberstehen der Diphtherie nicht sicher gegen diese Erkrankung immun gemacht werden, so ist der Werth der Schutzimpfung ein zweifelhafter.

Nach dem Vorstehenden muss man die ausführlichere Publikation der beiden Forscher mit Interesse erwarten. CHIARI.

75) **V. Babes** (Pest). **Croup und Diphtherie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 14, 1889.*

B. erklärt mit Bezug auf die Arbeit von Kolisko und Paltauf (vgl. vorstehendes Referat), dass er bei der gewöhnlichen Scharlachangina nie den Löffler'schen Bacillus fand. Nur einmal fand er ihn bei Morbillen mit Rachengeschwüren. Ferner verweist er auf eine demnächst erscheinende Arbeit über Diphtheriebacillen. CHIARI.

76) **J. W. Harvey. Die Diphtherie, ihre Geschichte, Aetiologie, Pathologie und Behandlung. (Diphtheria — its History, Etiology, Pathology and Treatment.)** *California Med. Journ. Jan. 1889.*

H. empfiehlt Weinessig und flüssigen Extract von Hopfen äusserlich und Bromine zur lokalen Anwendung innerlich. Ebenso Phytolacea innerlich während der ganzen Krankheit. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **Sörensen** (Kopenhagen). **Allgemeine Bemerkungen über Diphtheritis. (Almindelige Bemerkninger om Diphteritis.)** *Hosp.-Tidende. 3. April 1889.*

Als Director eines grossen Epidemiespitals zu Kopenhagen, wo Gelegenheit geboten ist, mehrere Hunderte von Diphtheritisfällen jährlich zu beobachten und zu behandeln, haben die Bemerkungen des Verf.'s beträchtliches Gewicht.

Er fasst die Krankheit als ein lokales Leiden auf; sie greift vorzugsweise die Schleimhaut des Schlundes und der Luftwege an, und wird wahrscheinlich durch den Klebs-Löffler'schen Bacillus hervorgerufen. Die Schwere der Krankheit ist proportional der In- und Extensität des lokalen Leidens. [? Red.] Bei unbedeutenden lokalen Processen ist das Allgemeinleiden nur wenig hervortretend. [? Red.] — Selbst wo die Schlundaffection das Krankheitsbild dominirt, sind die Luftwege sehr häufig mit angegriffen und umgekehrt; eine Combination in dieser Weise wurde unter 142 Patienten 119mal getroffen; ein Verhältniss, das an und für sich es vollständig unnatürlich macht, Croup von Diphtheritis zu sondern. Diese Sonderung ist ausserdem vollständig unmöglich in den nicht

seltenen Fällen, wo man bei Sectionen Gelegenheit hat, zu sehen, dass ein zusammenhängendes Exudat sich von dem Schlunde bis weit hinunter in die Luftwege erstreckt. — Die Membranen bestehen aus Fibrin mit zahlreichen oft einkernigen Leucocyten; die innere Seite ist mit häufig spärlichen, bisweilen zahlreichen Löffler'schen Stäbchen besetzt. Unter diesem Bacterienstratum wird bisweilen ein kernreiches Exudat, bisweilen eine vollständig structurlose Schicht angetroffen. Der Verf. fasst nun in Folge dessen die diphtheritischen Schleimhautablagerungen als zwei für den Organismus und eventuell für das Leben sehr verschiedene Bestandtheile auf, nämlich theils als eine wahrscheinlich das Krankheitsvirus enthaltende Bacterienschicht, theils als ein das Gewebe beschützendes fibrinöses Exsudat.

Die gemeine und die scarlatinöse Diphtheritis zeigt grosse Verschiedenheiten. Bei der ersterén hat der Verf. nie Narben und nur einmal eine Perforation des vorderen Gaumenbogens gesehen, während bei der scarlatinösen Diphtheritis nicht selten bedeutende Ulcerationsprocesse am Schlunde angetroffen werden. Klinisch ist Suppuration auch selten bei Diphtheritis, und in den seltenen Fällen, wo sie vorgekommen ist, ist sie als Ausdruck einer secundären Infection zu betrachten.

Das Fieber bei Diphthéritis ist sehr kurz dauernd, zeigt oft plötzliche Heruntergänge oder wird von subnormalen Temperaturen abgelöst, trotzdem, dass der lokale Process in vollem Blühen steht. Unter 1121 geheilten Fällen von Diphtheritis wurden 190 (oder 17 pCt.) Fälle von Albuminurie gesehen.

Das diphtheritische und scarlatinöse Nierenleiden zeigt grosse Verschiedenheiten. Die scarlatinöse Nephritis tritt oft als ein selbstständiges Leiden auf, welches das ganze Krankheitsbild dominirt und allgemeinen Hydrops leicht hervorruft. Bei Diphtheritis beginnt die Nierenkrankheit nicht selten wenige Tage nach der Mutterkrankheit, und es besteht eine intime Verbindung zwischen der Schwere der Diphtheritis und dem Grade der Albuminurie. Bei Diphtheritis hat der Verf. nie allgemeine von dem Nierenleiden abhängige Symptome und nur ein einziges Mal Oedem beobachtet. Anatomisch ist das diphtheritische Nierenleiden im Vergleich zu dem scarlatinösen nur wenig ausgesprochen. SCHMIEGELOW.

78) **Donald W. C. Hood** (London). **Klinische Betrachtungen über Diphtherie. (Clinical notes on diphtheria.)** *Lancet. 12. und 19. Jan. 1889.*

Der Autor berichtet unter Anführung von Fällen über seine Erfahrungen betreffs der Diphtherie; er bringt nichts von speciellerem Interesse.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

79) **Reiersen** (Kopenhagen). **Einige Fragen, Croup und Diphtherie betreffend. (Nogle Spörgsmaal vedrörendre Croup og Diphteritis.)** *Ugeskrift for Laeger. 18. Mai 1889.*

Diagnostische Irrthümer in der Beziehung, dass Patienten als an Croup leidend nach dem Spitale geschickt werden, sind nicht selten. Im Jahre 1886 wurden in dem Kopenhagener Epidemie-Spitale 204 Patienten wegen Croup und Larynxstenose behandelt; von diesen hatten 8 pCt. keinen Croup, sondern nur demselben ähnliche Symtome. Der Irrthum wurde am häufigsten durch Pneu-

monie bei kleinen rhachitischen Kindern verursacht. Uebrigens haben Laryngobronchitis, Pleuropneumonien, Tonsillarabscesse und Retropharyngealabscesse dieselben Fehler verursacht.

Die Prognose des laryngostenotischen Processes hängt besonders von dem Umstande ab, inwiefern er mit einem schweren oder leichten Schlund- und Nasenleiden verbunden ist; von 53 tracheotomirten Patienten mit schwerer Schlunddiphtheritis starben 52, während von 148 tracheotomirten Patienten mit leichter oder keiner Schlunddiphtheritis 56 gerettet wurden und 92 starben.

Im Uebrigen ventilirt der Artikel verschiedene Fragen, die von nur lokalem Interesse sind und Kopenhagener Verhältnisse berühren. SCHMIEGELOW.

80) Geil (Kopenhagen). **Dürfen Crouppatienten in ein Epidemiespital aufgenommen werden? (Bör Crouppatienter indloegges paa et Epidemihospital.)** *Ugeskrift for Laeger. Juli 1889.*

Ein polemischer Artikel gegen die vorstehende Arbeit von Reiersen.

SCHMIEGELOW.

81) **Hajek** (Wien). **Mittheilungen über Diphtheritis.** Mittheilungen d. Wien. med. Doctoren-Colleg. 4. 1889.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

82) **Chr. Schou** (Norwegen). **Erfahrungen über Diphtheritis. (Erfaringer om Difterit.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskoben. p. 51. 1889.*

Der Verf. theilt in dieser Abhandlung seine auf 20jährige Praxis auf dem Lande beruhende Erfahrungen über Diphtheritis mit. und ist der Meinung, dass die Aerzte ihre Aufmerksamkeit bei der Bekämpfung der Krankheit inbesonders auf die allgemeinen sanitär-hygienischen Verhältnisse der Kranken und ihrer Umgebung richten sollten. SCHMIEGELOW.

83) **Ganghofner** (Prag). **Demonstration von Croupmembranen, welche vollständige Abgüsse der Trachea und der gröberen Bronchien darstellen.** Verein deutscher Aerzte in Prag. 15. Februar 1889. *Prager med. Wochenschr. No. 9. 1889.*

G. bemerkt, dass das Kind trotz 3maliger Expectoration genas, während gewöhnlich das Auftreten massiger Membranen ein sehr ungünstiges Zeichen ist.

CHIARI.

84) **W. Hill** (London). **Diphtherie mit Membranen am Perinaeum. (Diphtheria with patches in the perineal region.)** *Brit. Med. Journ. 23. Febr. 1889.*

Im ersten der beiden der Harveian Society of London am 14. Februar 1889 berichteten Fälle ging die Perinaealaffection den Manifestationen im Halse voraus. Im zweiten Falle traten überhaupt keine Halssymptome auf, dagegen postdiphtheritische Paralyse. Die Infection konnte in beiden Fällen (Vater und Sohn) auf den Gebrauch eines mangelhaft eingerichteten Waterclosets zurückgeführt werden.

SEMON.

85) **E. Bianco. Klinische Bemerkungen über die Diphtherie. (Nota clinica sulla difteria.)** *Riforma Medica. 15. Jan. 1889.*

11jähriges Kind fiebert mit 41,7° nach voraufgehendem Frost. Am zweiten

Tage eine Temperatur von 40°, man constatirt an der linken Lungenbasis eine Pneumonie, ausserdem leichte Röthung der Mandeln. Am dritten Tage wieder ein Schüttelfrost, Temperatur 42,5°. Am vierten Tage wird auch im rechten Unterlappen Pneumonie constatirt, am Abend stellen sich Zeichen einer intensiven Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung und einer Coryza mit häufigem Niessen ein. Am Morgen des fünften Tages sind ausser den Lungensymptomen und dem Bilde des vollständigen Larynxcroup mit schwerer Stenose diphtherische Membranen auf der gesammten Nasenschleimhaut, auf den Mandeln und den Lippenspalten bemerklich.

Der Tod erfolgte am sechsten Tage in Folge von Asphyxie.

B. hält die von ihm beobachtete Krankheit für eine einzige Infection, für die diphtherische, die sich in der ersten Zeit in den Lungen lokalisirte. später in den oberen Luftwegen.

B. schliesst auch, dass die Diphtherie eine Infection ist, die zuvor den Gesammtorganismus befällt, und die erst in einem zweiten Stadium eine Lokalisation zeigte.

CARDONE.

86) **W. B. Hadden** (London). **Ueber das Knie-Phänomen bei Diphtheritis. (Note on the Knee-jerk in diphtheria.)** *Lancet. 5 Jan. 1889.*

Es wird festgestellt, dass das Kniephänomen nicht nur bei diphtheritischer Lähmung fehlt, sondern bisweilen schon bei Bildung des Membran. H. nimmt darum an, dass es einen gewissen Werth für die Diagnose haben könnte.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

87) **Jules Simon. Die Diphtherie. (De la diphthérie.)** *Le Bulletin médical. 20. Jan. 1889.*

Betreffs der Specifität der Klebs'schen Bacterien befindet sich die Klinik in voller Uebereinstimmung mit dem Experiment. Die zuerst lokale Affection bedarf, um sich zu entwickeln, einer Lücke in der Integrität der Hautdecke.

E. J. MOURE.

88) **R. R. Washburn. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Indiana Med. Journ. Februar 1889.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **J. A. Brandt. Maligne Diphtherie. (Diphtheria maligna.)** *Western Med. Reporter. Febr. 1889.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

90) **C. P. Miller. Diphtherie und Desinfection. (Diphtheria and desinfection.)** *New Orleans Med. and Surg. Journ. Febr. 1889.*

Bis die wirkliche Ursache der Diphtherie bekannt ist, müssen sich alle Anstrengungen hinsichtlich der Beseitigung der Krankheit auf den Versuch beschränken, das wirksame Agens, wo es auch erscheint, zu vernichten und die allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse des Körpers zu kräftigen, um die Wiederkehr des Virus zu verhüten. Das Volk muss es wissen, dass die Diphtherie in hervorragender Weise ansteckend ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

91) **Mermod** (Iverdon). **Kehlkopf und Cocain. (Larynx et cocaine.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 6. 1889.*

Eine kurze, beredte und von genauen Erfahrungen zeugende Lobrede auf das Cocain. Verf. hat dasselbe nicht nur zur erfolgreichen Behandlung der Kehlkopftuberculose mittelst Curette und Milchsäure, sondern auch zur Anwendung der electrolytischen Cauterisation von Kehlkopfgeschwüren benutzt. Im letzteren Fall führte er neben der Nadel ein Schrötter'sches Rohr ein, um die Contraction des Larynx zu verhindern, was sich wohl durch ein geeignetes Instrument einfacher machen liesse. Er erwartet für die Electrolyse in diesem Gebiete ein Zukunft. Verf. macht schliesslich auch auf die Gewöhnung der Patienten an das Cocain aufmerksam, was Ref. und gewiss jeder Kehlkopfarzt bestätigen kann. JONQUIÈRE.

92) **Kieselbach. Der Musculus crico-thyreoideus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 3. 1889.*

K. schliesst sich der schon vom Referenten vertretenen Ansicht an, dass der Cricothyreoideus den oberen Rand des Ringknorpelbogens an den unteren Schildknorpelrand heranzieht. Durch diese Drehung des Ringknorpels wird die Ringknorpelplatte nach hinten übergebeugt, mit ihr die durch ihre Musculatur fixirten Aryknorpel, die Stimmbänder werden also nach hinten gedehnt. Mit der Erhöhung des Tones contrahirt sich der Cricothyreoideus um so heftiger. bei den höchsten Tönen wird das Zungenband mit dem Kehlkopfe nach oben und vorne gezogen. Für jeden Ton muss der Kehlkopf eine besondere Stellung einnehmen. Für die höchsten Töne kommt noch ein mechanisches Moment in Betracht. Versucht man bei zurückgebeugtem Kopfe hohe Töne zu singen, dann fehlen einige Töne in der Höhe, auch wird ein in Normalstellung des Kehlkopfs gesungener hoher Ton bei Rückwärtsneigung des Kopfes sofort tiefer. SCHECH.

93) **Robert L. Bowles** (Folkestone). **Ueber das Aufrichten der Epiglottis. (On Raising the Epiglottis.)** *Brit. Med. Journ. 12. Jan. 1889.*

B. giebt einen Auszug aus einer früher veröffentlichten Arbeit (dieselbe datirt von 1856 zurück), um zu zeigen, dass er seit langem dieselbe Ansicht hat, wie sie Howard eben publicirt hat. Er beanstandet deshalb die Ueberschrift von Howard's Schrift: die neue und einzige Methode der Aufrichtung der Epiglottis. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

94) **James Foulis** (Edinburgh). **Die einzige Methode, die Zunge, die Epiglottis und die ary-epiglottischen Falten zu ein und derselben Zeit anzuziehen. (On the only way of raising the tongue, the epiglottis and the arytaeno-epiglottic folds at one and the same time.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli und August 1889.*

Die Methode besteht darin, dass man mit dem Finger, einem Löffelgriff oder besser mit einem eigens zu diesem Zwecke construirten Instrument abwärts

zum Zungengrund dringt und diesen nach vorwärts drückt. J. betitelt ein derartiges von ihm angegebenes Instrument Glossotilt. P. M'BRIDE.

95) **Frederic Hewitt** (London). **Die Aufrichtung der Epiglottis. (On raising the Epiglottis.)** *Brit. Med. Jrurn. 26. Jan. 1889.*

Bezugnehmend auf Howard's Abhandlung (über die wir in der vorigen Nummer bereits berichtet haben) bestreitet H. diesem in seiner Kritik das Recht, zu sagen, dass seine Methode der „einzige" Weg wäre, die Epiglottis aufzurichten.

H. meint, dass es in der durch Anaesthetica erzeugten Apnoe 1. Fälle giebt, in denen die complette Extension von Hals und Kopf als gänzlich unausführbar befunden werden wird 2. in andern Fällen, wo die Extension ausführbar ist, wird sie doch die Wiederherstellung der Athmung nicht sichern können. während andere Mittel Erfolg haben. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

96) **Benjamin Howard u. A. Das Aufrichten der Epiglottis. (On the raising of the epiglottis.)** *Brit. Med. Journ. 24. Nov. u. 8. Dec. 1888, — 5. u. 12. Jan., 2. Febr. 1889.*

Briefe von Newth, Foulis, Howard u. A. zur Kritik und Vertheidigung von Howard's bereits erwähnter Arbeit. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

97) **M. Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Die Heiserkeit.** Neuwied, Heuser's Verlag. 1889.

Populärer Aufsatz über Ursachen, Bedeutung und Heilung der Heiserkeit, nebst einem Anhang über die Bedeutung behinderter Nasenathmung. SEIFERT.

98) **Jürgensmeyer. Zur Pathologie der submucösen Larynxerkrankungen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 11. 1889.*

Ein aetiologisch unklarer Fall eines Abscesses der oralen Fläche der Epiglottis mit Geschwürsbildung auf den pharyngo-epiglottischen Falten, die für wahrscheinlich diphtheritisch angesehen wurden. Ausgang in Heilung unter Jodkali. LANDGRAF.

99) **Rethi** (Wien). **Die Laryngitis haemorrhagica.** *Internationale klin. Rundschau. No. 19, 20, 22 u. 24. 1889.*

R. rechnet dazu jene Fälle von Blutungen aus dem Kehlkopfe, welche im Verlaufe eines Catarrhs ohne Anomalien der Blutmischung auftreten. Nach ausführlicher aber nicht vollständiger Zusammenstellung der bezüglichen Literatur bespricht er seine 4 Fälle, bei denen es nur einmal zur Blutung auf die Oberfläche kam. Immer bestand chronischer oder acuter Catarrh des Kehlkopfs, aber niemals in der Form des trocknen Catarrhs. Als Ursache der Blutung nimmt er die durch den Catarrh bedingte grössere Durchlässigkeit oder Zerreisslichkeit der Gefässwände an; die nächste Veranlassung mag wohl in Ueberanstrengung des Kehlkopfes liegen, sei es im Schreien oder Singen oder Husten. R. erwähnt ferner, dass geringfügige Blutungen sehr häufig vorkommen bei allen möglichen Entzündungen und Catarrhen des Kehlkopfes. Am Schlusse seiner Ausfüh-

rungen, die wenig Neues bieten, schlägt er vor, den Namen Laryngitis haemorrhagica blos aus Bequemlichkeitsrücksichten beizubehalten. da er keine sonstige Existenzberechtigung habe, womit Referent völlig übereinstimmt. CHIARI.

100) **Favitzky** (Petersburg). **Ueber Laryngitis haemorrhagica.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1889.*

F. erblickt in der Laryngitis haemorrhagica keine besondere eigene Art von Kehlkopfentzündung, sondern rechnet sie zu der acuten resp. subacuten Laryngitis. Zur Frage, ob die Blutung per rhexin oder per diapedesin zu Stande komme, theilt er auf Grund einer Obduction und mikroskop. Untersuchung der Kehlkopfschleimhaut mit, dass hauptsächlich die Blutung per diapedesin erfolgt sei, überall fanden sich ausgedehnte Venen und Capillaren; doch hält er auch für möglich, dass Blutungen bei Laryngitis haemorrh. durch Rhexis zu Stande kommen. SCHECH.

101) **Roquer y Casadesús** (Barcelona). **Betrachtungen über einen Fall von hämorrhagischer Kehlkopfentzündung. (Consideraciones acerla de un caso di laringitis hemorrágica.)** *Revista di laringo-oto- y rinologia. März 1889.*

Ein 20jähriges lymphatisches, schlecht menstruirtes Frauenzimmer war nach einem plötzlichen Frostanfall stimmlos geworden und bekam 2—5 Tage darauf Auswurf von schwarzen Blutgerinseln, der 5—6 Tage anhielt. Bei der Spiegeluntersuchung fand sich auffallende Entfärbung des Gaumens und Rachens; Kehldeckel und zugehörige Falten vollkommen gesund; im Innern des Kehlkopfs fand sich eine Menge kleiner Gerinnsel auf den Taschen- und Stimmbändern, wodurch deren Ränder ein sägeartiges Aussehen hatten. Nachdem die Gerinsel mit einem feuchten Pinsel abgewischt waren, zeigten sich auf dem rechten Stimmbande hochrothe blutende Stellen. Herz und Lungen ergaben negativen Befund. Diagnose: Laryngitis haemorrhagica. In seinen Betrachtungen über diese Krankheit stellt Verf. die Behauptung auf, dass es sich dabei immer um eine Veränderung des physiologischen Verhaltens des Blutes handelt, wie denn auch im betreffenden Falle Chlorose mit unregelmässiger Menstruation bestand.

GONGORA.

102) **Paul Ziegler. Ueber primäres Larynxerysipel.** Aus der v. Ziemssen'schen Klinik. *Arch. f. klin. Med. 44. Band. 4. Heft. 25. April 1889.*

Mittheilung eines hochgradigen Falles von primären Larynxerysipel, das in wenigen Stunden unter heftigem Fieber zu solcher Dyspnoe führte, dass Patient tracheotomirt werden musste. Am stärksten war die Epiglottis befallen, dann das Lig. aryepiglott., sowie der weiche Gaumen und die Uvula. Die Krankheit begann plötzlich mit Schüttelfrost, dem 12 Stunden später die lokalen Erscheinungen nachfolgten. An die Mittheilung des Falles schliesst sich eine gute Schilderung der klinischen Erscheinungen und ätiologischen Verhältnisse, sowie der Literaturangaben an. SCHECH.

103) **M. Thoner. Erysipel des Kehlkopfs. (Erysipelas of the larynx.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 8. Juni 1889*

Ist gewöhnlich secundär und breitet sich durch Contiguität aus; indessen

sind Fälle mitgetheilt worden, wo Erysipel eines entfernten Theiles von Erysipel des Kehlkopfs begleitet wurde. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **Landgraf** (Berlin). **Ueber Rachen- und Kehlkopferkrankungen beim Abdominaltyphus.** *Charité-Annalen. XIV. 1889.*

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 166 Typhuskranke, die in den Jahren 1885—1888 auf der II. medicinischen Klinik in Behandlung standen. Von 96 Männern zeigten 28 Kranke, von 70 Weibern 13 Kranke Larynx- resp. Pharynx-Complicationen.

Unter diesen Fällen fanden sich 6 mit Ulcerations-Processen am weichen Gaumen, bei 2 von ihnen war gleichzeitig die Epiglottis erkrankt, in 1 typischen Falle entwickelten sich die Geschwüre erst am 48. Krankheitstage. L. rechnet diese sogen. specifische Angina mit Geschwürsbildung zu der grossen Gruppe oberflächlicher Ernährungsssörungen der Schleimhaut, welche unter dem Namen Catarrh zusammengefasst werden. Von Larynxaffectionen hat L. am häufigsten die catarrhalischen Zustände gesehen, als frühester Termin für das Auftreten derselben konnte der 6. Tag bestimmt werden. In 2 Fällen wurden von den auf der Epiglottis resp. dem Giessbeckenknorpel aufgelagerten gelben Massen Theile entnommen, deren bacteriologische Untersuchung das Vorhandensein von Staphyl. pyog. flav. und aureus ergab. L. vermuthet, dass die meisten der von ihm gesehenen gelben Beläge auf der Larynxschleimhaut auf solchen Pilzansammlungen beruhen. Wie sich diese Mikroorganismen zur Necrose des Epithels verhalten, darüber vermag L. eine entscheidende Auskunft nicht zu geben. In 12 Fällen wurden ulcerative Processe an der Epiglottis, in 1 Fall ein specifisch typhöses Geschwür an der Vorderfläche der hinteren Kehlkopfwand gefunden, bei 3 Kranken handelte es sich um Perichondritis und zwar war immer der Arytaenoidknorpel befallen, in 2 Fällen wurden Lähmungen der Kehlkopfmusculatur in der Reconvalescenz von Typhus gesehen.

Näheres über diese interessanten Mittheilungen ist in den beigefügten Krankengeschichten zu finden. SEIFERT.

105) **Lewy. Ein Fall von Laryngotyphus bei einem 1jährigen Kinde.** *Archiv f. Kinderheilk. X. 1889.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

106) **Souques. Laryngo-Typhus. (Laryngo-typhus.)** Soc. anat. in: *Le Bulletin méd. 6. Jan. 1889.*

Im Verlaufe eines Typhusfiebers bekam der Kranke Störungen der Stimme. Er starb und bei der Autopsie fand sich eine vollständige Necrose der Giessbeckenknorpel. Nichts an der Glottis. E. J. MOURE.

107) **Stolterfoth** (Chester) **Ein Fall von Typhus, complicirt mit Entzündung des Unterhautbindegewebes, Blutungen und Oedem der Glottis. Tracheotomie. Heilung. (A case of typhoid fever, complicated by cellulitis, haemorrhage and oedema of the glottis. Tracheotomy. Recovery.)** *Lancet. 6. April 1889.*

Der Titel kennzeichnet die Natur des Falles. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

108) **Lennox Browne** (London). **Congenitale Kehlkopfgeschwulst. (Congenital tumor of larynx.)** *Brit. Med. Journ. 9. März 1889.*

Demonstration des Specimens am 5. März 1889 vor der Pathological Society of London. Congenitales Papillom bei einem dreijährigen Kinde. Intubation vorgenommen, um die Dyspnoë zu erleichtern, verursacht Hämorrhagie. Tracheotomie. Wiederholte Blutungen 24 Stunden später und Tod 40 Stunden nach der Operation. Die Autopsie zeigte, dass die erste Blutung dadurch entstanden war, dass die Intubationsröhre Geschwulsttheile vom rechten Stimmband abgerissen hatte; die späteren Blutungen aber waren angeblich dadurch zu Stande gekommen, dass die Lungen, die nicht grösser waren, als die eines neugeborenen Kindes, niemals gehörig ausgedehnt worden waren, und dass das Lungengewebe unter dem plötzlich vermehrten Luftvolumen, das durch die Tracheotomiecanüle einströmte, zerrissen war. (? Ref.) Der Fall sei interessant, weil er eine bisher noch nicht bekannte Gefahr der Tracheotomie in Fällen congenitaler Kehlkopfobstruction zeige, und auch weil er auf die Bedenklichkeit der Intubation bei Fällen von Kehlkopfneubildungen aufmerksam mache. •(Es hätte wahrlich nicht dieses traurigen Falles bedurft, um diese Bedenklichkeit denkenden Aerzten klar zu machen! Ref.) SEMON.

109) **Leopold Larmuth. Ein Fall von Cyste der Epiglottis. (A case of cyst of the epiglottis.)** *Medical Chronicle. Dec. 1888.*

Eine folliculäre Cyste erhob sich bei einem 22jährigen Manne von dem linken Rande und der hinteren Fläche der Epiglottis; sie verursachte beständigen Husten und bisweilen Spasmen beim Schlucken. Die Diagnose war leicht; die Geschwulst wurde durch eine Incision und die Zange mit sehr befriedigendem Resultate entfernt. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

110) **Ledderhose. Laryngotomie wegen intralaryngealer Luftcyste.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXIX. 4. 1889.*

Es handelt sich um den Fall, über welchen L. schon früher Mittheilung gemacht hat (s. D. Centralbl. 1888, S. 122). In der letzten Zeit hatte sich ein Tumor gebildet, der breitbasig von der rechten inneren Wand des Larynx aus in dessen Höhle hineinragte und für die seit 2 Jahren bestehende Heiserkeit verantwortlich gemacht werden musste; schliesslich traten schwere Anfälle von Erstickungsnoth ein. Nach gemachter Laryngotomie wurde die Cyste entfernt. Es handelte sich um eine intralaryngeale Luftcyste, welche aus einer Ausbuchtung des oberen Endes des Ventrikelblindsackes in die Kehlkopfhöhle hinein entstanden war.

Durch die Operation wurde Heilung erzielt, die Stimme blieb rauh und heiser. Das Resultat der anatomischen Untersuchung der exstirpirten Cyste ist ausführlich mitgetheilt. SEIFERT.

111) **Furundarena-Labat** (Tolosa de Guipúzeva). **Larynxcyste. (Quiste de la laringe.)** *El Siglo médico. 21. April 1889.*

30jähriger Kranker; nussgrosse Geschwulst, der Schleimhaut des rechten Giesskannenknorpels aufsitzend; Schnitt mit dem Bruns'schen Messer; Ent-

leerung des Inhalts; Abreissung mehrerer Fetzen der Cystenwand; Aetzung mit Chromsäure; Heilung. GONGORA.

112) **Tsakyroglous** (Smyrna). **Ein Fall von extralaryngealem Polyp.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7. 1889.*

Operation eines grossen 5 Ctm. langen, am oberen seitlichen Theile der Ringknorpelplatte sich inserirenden Polypen bei einer 65jährigen Frau.

SCHECH.

112a) **George Stoker** (London). **Auto-intralaryngeale Operation. (Auto-intralaryngeal operation.)** *Brit. Med. Journ. 23. März 1889.*

Der Bericht im B. M. J. lautet wörtlich folgendermassen: „Mr. George Stoker zeigte (sc. den Mitgliedern den Med. Society of London am 13. März 1889) einen jetzt 30jährigen Patienten, der seine Stimme im Alter von 7 Jahren verloren hatte. Etwa 1 Jahr hindurch wurde er ohne jeden Erfolg wegen einer „schweren Erkältung“ behandelt. Dann wurde er 4 Jahre hindurch wegen „Warzen im Kehlkopf“ behandelt, ein biegsamer Stab, an dessen Ende ein Schwamm befestigt war, wurde im Kehlkopf auf und ab geführt; dies wurde etwa 100 Male gethan; Resultat: nil. Darauf wurde er mehrere Monate homöopathisch wegen „Lähmung der Stimmbänder“ mit Electricität behandelt; Resultat: nil. Er wurde dann in einem Specialhospital wegen „Neubildungen an den Stimmbändern“ behandelt; etwa 100 Operationen wurden mit Cauterium und Zange ausgeführt, und er konnte zum ersten Male, seit er 7 Jahre alt war, phoniren. Die Behandlung in dem Hospitale dauerte 2 Jahre; von dort ging er in die Hände eines Specialisten über. der ihn 5 Jahre (!) lang behandelte und ihn durchschnittlich einmal alle 14 Tage — d. h. ungefähr 120 Male in toto — mit Zange und Galvanocauter operirte. Seine Stimme variirte in allen möglichen Graden zwischen leidlicher Klarheit und absoluter Aphonie. Da seine Geduld nunmehr erschöpft war, studirte er die Laryngoscopie, entschlossen, sich selbst zu helfen. Er erfand und construirte Instrumente und hatte sich während der letzten beiden Jahre durchschnittlich einmal alle 14 Tage operirt. Er setzte sich einem Spiegel gegenüber, oberhalb dessen eine helle Lichtquelle angebracht war, stützte seine Ellenbogen auf Unterlagen und handhabte, nachdem er complete Controle über seine Zunge erlangt hatte. mit der einen Hand den Kehlkopfspiegel, mit der anderen die Zange. Oft erweichte er die Neubildungen zuerst mit Essigsäure oder starker Chromsäure und entfernte nachher die Stücke. Die Neubildungen waren multiple Papillome, die an und unterhalb der vorderen Commissur bis zum unteren Rande des Ringknorpels wuchsen.“ SEMON.

113) **Schnitzler-Frisch** (Wien). **Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre. Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte am 31. Mai 1889.** *Wiener klinische Wochenschr. No. 23. 1889.*

Die Neubildung sass in Form von mehreren Knoten (bis Haselnuss gross) auf der Epiglottis, dem rechten Taschenbande, an der linken und rechten Trachealwand gegen hinten zu. Sch. exstirpirte ein Stück mit der Guillotine und wies nach, dass es sich, wie er schon früher erwähnt hatte, um Sarcom

handle. Frisch öffnete dann die Trachea, entfernte 7 Tumoren mit dem scharfen Löffel und ätzte die Basis mit dem Thermocauter. Schnitzler zerstörte die laryngealen Tumoren galvanocaustisch. Heilung mit guter Stimme und freiem Athmen. CHIARI.

114) **E. T. Heiberg** (Dänemark). **Pharyngotomia subhyoidea [Malgaigne], zweimal bei derselben Patientin ausgeführt. (Pharyng. subh. [Malgaigne], udført 2 gange paa samme Patient.)** *Ugeskrift for Laeger. p. 72. 1889.*

Eine 63 Jahre alte unverheirathete Patientin kam am 3. Aug. 1888 in Behandlung. Seit März hatte sie Schmerzen im Halse gespürt und es war eine Infiltration der linken Seite des Schlundes in der Umgebung des Zungenbeines aufgetreten. Diese Symptome hatten stetig zugenommen, in der letzteren Zeit hatte sich auch Athemnoth eingestellt. — Laryngoscopisch wurde der Aditus laryngis von einer rundlichen bläulichen Geschwulst, mit Ausnahme einer kleinen Spalte rechts, ganz bedeckt gefunden. Die Geschwulst scheint adhärent mit dem obersten Theile des Kehlkopfs, besonders mit dem Lig. aryepiglotticum und der Epiglottis. Am 8. Aug.: Tracheotomia inferior und Pharyngotomia subhyoidea. — Die Geschwulst wurde mit Zange und Scheere entfernt. — Am 26. October: Recidiv auf derselben Stelle. — Am 30. October wieder dieselbe Operation wie früher ausgeführt und zugleich der grösste Theil der Epiglottis entfernt. Die Entfernung schien später bei laryngoscopischer Untersuchung nicht radical zu sein, indem Reste von der Geschwulst auf dem zurückgebliebenen Theile der Epiglottis gefunden wurden. — Weiteres Schicksal unbekannt. — Mikroskopische Diagnose: Sarcom. SCHMIEGELOW

115) **Rossbach** (Jena) **Demonstration eines Carcinom des Larynx.** *Corresp.-Bl. d. allgem. ärztl. Ver. v. Thüringen. XVIII. 1. 1889.*

47jähriger Mann. Carcinom vom rechten Taschenband ausgehend, an einer Stelle ulcerirt. Die ganze rechte Kehlkopfhälfte unbeweglich. Lymphdrüsenschwellung am Halse. SEIFERT.

116) **M. Natier. Kehlkopfkrebs. (Cancer du larynx.)** Soc. anat. de Bordeaux in: *Journ. de méd. de Bordeaux. 3. März 1889.*

Es handelt sich um ein Epitheliom des rechten Taschenbandes bei einem Syphilitiker Prätracheale Drüsenschwellung. Erstickungsanfall und Tracheotomie. einige Zeit darauf plötzlicher Tod. E. J. MOURE.

117) **Furundarena Labat** (Tolosa-Guipúzeva). **Intercrico-thyreoider Kehlkopfschnitt bei Larynxencephaloid. (Laringotomia intercrico-tiróidea en un caso de cáncer encefaloide de la laringe.)** *El tiglio médico. 24. Febr. 1889.*

Es handelt sich um einen 69jährigen Mann mit Anschwellung der rechten Fossa supraepiglottica und Verjauchung in der Mitte, starkem Oedem des Kehldeckels, Congestion der Kehlkopfschleimhaut und der Stimmbänder. Verf. machte den intercrico-thyreoidalen Kehlkopfschnitt mittelst des dunkelglühenden Paquelin mit allmäligen Punctionen vorgehend und führte dann eine Krishaber-

sche Schnabelcanüle von 9 Mm. ein. Die Athmung wurde frei und die Wunde vernarbte mit Zurücklassung einer kreisrunden Oeffnung. Verf. meint, beim Erwachsenen sei dies Verfahren dem Luftröhrenschnitt vorzuziehen. GONGORA.

118) **Beschorner. Zur Diagnose des Larynx-Carcinoms.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1889.*

Zum Beleg für die Thatsache. dass die Diagnose des Larynxcarcinoms intra vitam mit grossen Schwierigkeiten verbunden ist, theilt Verf. zwei hierhergehörige Fälle mit. Nach Exstirpation eines Papilloms Recidive, welche von 2 Untersuchern als Carcinom bezeichnet wurden. Nach vorgenommener Tracheotomie sistirte die Geschwulst bis zum Tode der Patientin, der an Paralysis cordis erfolgte. Der jetzt Untersuchende erklärte die Geschwulst für kein Carcinom. Der Unterschied der Diagnose liegt theils in der Schwierigkeit, eine bestimmte Grenze zu ziehen zwischen gut- und bösartiger Neubildung, theils in dem Umstande, dass bei excidirten Gewebsstücken die Geschwulstbasis nicht untersucht werden kann. In einem zweiten Falle, der ebenfalls als Carcinom diagnosticirt worden war, lebte Patientin ohne Recidive noch 7 Jahre. SCHECH.

119) **Sokolowski** (Warschau). **Ein Beitrag zur Casuistik und Therapie des primären Larynxcarcinoms.** *Internat. klin. Rundschau. No. 9 u. 10. 1889.*

S. berichtet über einen Fall, der vor 4 Jahren unter den Erscheinungen einer Infiltration eines Stimmbandes und Unbeweglichkeit des gleichseitigen Aryknorpels begann. Es wurde bald die Tracheotomie nöthig. Weiterhin trat Zerfall mit papillären Wucherungen auf; diese Wucherungen wurden exstirpirt, erwiesen sich aber als fibröse Höcker. Erst eine grosse Wucherung zeigte deutlich die Structur eines harten Plattenepithel-Krebses. Merkwürdig war eine durch 6 Monate andauernde Vernarbung der erkrankten Theile, welche man durch Aetzungen behandelt hatte, und welche zu einer solchen Besserung führte, dass man die Trachealcanüle entfernen konnte. Nachher aber begann die grosse Wucherung und machte neuerdings die Tracheotomie nöthig.

S. hebt besonders die lange Dauer (4 Jahre), den anfänglich entzündlichen Charakter, die vorübergehende Vernarbung und den schwankenden histologischen Befund hervor. Schliesslich spricht er für die endolaryngeale Behandlung, die in geeigneten Fällen gute Resultate ergeben könne. CHIARI.

120) Henry T. Butlin (London). **Weiterer Bericht über einen Fall von Stimmbandepitheliom, wegen dessen partielle Kehlkopfexstirpation vorgenommen worden war. (Sequel of a case of epithelioma of the vocal cords, for which partial extirpation of the larynx was performed.)**

121) Henry T. Butlin (London). **Zwei Fälle von Laryngofissur behufs Entfernung von Kehlkopfkrebsen. (Two cases of thyrotomy for the removal of malignant disease of the larynx.)**

122) **David Newman** (Glasgow). **Ein Fall von Autoinoculation beim Kehlkopfkrebs, und zwei Fälle, welche die Gefahr intralaryngealer Eingriffe beim Kehlkopfkrebs illustriren. (One case of auto-inoculation in laryngeal carcinoma**

**and two cases illustrating the danger of intralaryngeal interference in cancer of the larynx.)**

123) **Felix Semon** (London). **Ein Fall von Kehlkopfkrebs, in welchem Blutungen, Perichondritis und Ausstossung des grösseren Theils des knorpligen Kehlkopfgerüstes auftraten. Später Pleuritis, gangränöse Pneumonie. Tod. Autopsie. (A case of laryngeal cancer, in which haemorrhages, perichondritis and exfoliation of the greater part of the laryngeal cartilages occurred; subsequently pleuritis, gangrenous pneumonia. Death. Autopsy.)**

*Brit. Med. Journ. 19. Jan. 1889.*

Den vier oben genannten Vorträgen war die Sitzung der Clinical Society of London vom 11. Januar 1889 gewidmet, und die Discussion erstreckte sich auf alle gemeinschaftlich.

Zunächst berichtete Butlin über die weiteren Schicksale des Patienten, dessen Fall im Centralblatt (III., p. 354 u. ff.) bereits referirt worden ist. Etwa 9—10 Monate nach der partiellen Exstirpation erfolgte ein regionäres Recidiv; genau ein Jahr nach der ersten Operation wurde die Tracheotomie erneut erforderlich; der Patient überlebte diese Massregel um weitere 14 Monate und starb dann an Entkräftung.

Sodann berichtete Derselbe über zwei erfolgreiche Fälle von Thyreotomie und Entfernung der erkrankten Weichtheile beim Kehlkopfkrebs[1]. Im ersten handelte es sich um ein Cancroid bei einer 27jährigen Frau. Die Operation wurde im November 1887 vorgenommen. Die Kranke wurde nunmehr, 14 Monate später, demonstrirt. Es war bisher kein Recidiv eingetreten; das stimmliche Resultat war gut. Ganz ähnlich lagen die Dinge bei dem zweiten, ebenfalls demonstrirten 51jährigen Patienten, bei dem die Operation im Anfange des Jahres 1888 vorgenommen war. Der Zweck des Vortrages war hauptsächlich der, die frühzeitige Operation, welche B. als ganz geringfügig bezeichnete, zu empfehlen, um mittelst deren rechtzeitiger Vornahme tiefere Eingriffe (Knorpelresection, partielle Exstirpation etc.) zu vermeiden. Fände man das Leiden nach der Eröffnung des Kehlkopfs zu weit vorgeschritten, um eine Radicaloperation vorzunehmen, so könne man die thyreotomische Wunde einfach schliessen und den Patienten mit der Canüle entlassen. Dies wurde durch die Krankengeschichte eines dritten Patienten illustrirt.

Der erste der genau beschriebenen Fälle Newman's illustrirte das Vorkommen von Autoinoculation beim Kehlkopfkrebs, wie solches kürzlich im Centralblatt (V., pp. 122, 123) in einem Falle des Herausgebers (es ist der zweite der dort berichteten Fälle) und in einem andern Falle Newman's geschildert worden ist. Im vorliegenden Falle handelte es sich um krebsige Geschwüre an genau einander gegenüberliegenden Theilen der Taschenbänder eines 49jährigen Mannes, der an einem Herzleiden zu Grunde ging, ehe der krebsige Process Zeit gehabt hatte, sich weiter auszudehnen und die ursprüngliche Art

[1] Es sind dies die beiden Fälle, deren in der letzten Decembernummer, p. 292, gedacht wurde. Red.

der Entstehung auf der secundär afficirten Seite zu verwischen. Wegen weiterer Details des sehr interessanten Falles muss auf das Original verwiesen werden.

Die beiden folgenden Fälle Newman's illustrirten die Gefahren intralaryngealer Eingriffe bei Kehlkopfkrebs. In beiden Fällen war ursprünglich die maligne Neubildung strikt auf den Kehlkopf beschränkt. Im ersten Falle, in welchem ein bohnengrosses Neoplasma bei einem 60jährigen Patienten am linken Taschenbande sass, wurde, nachdem ein Stück probeweise intralarygeal herausgeholt worden war und sich als carcinomatös herausgestellt hatte, die sofortige Vornahme der partiellen Exstirpation des Kehlkopfs dringend angerathen. Der Patient willigte in die Vornahme der Operation. wünschte aber Verschiebung um einen Monat. Zehn Tage nach der Vornahme der intralaryngealen Probeoperation erschien eine Geschwulst über dem linken grossen Horn des Zungenbeins, die sich schliesslich als eine krebsige Lymphdrüse entpuppte. — Ganz ähnlich lagen die Verhälnisse in dem zweiten Falle, in welchem es sich ursprünglich um ein ,,Drüsenpapillom zu handeln schien, das sich aber später ebenfalls als Cancroid herausstellte, dem die Patientin, eine 50jährige Frau, erlag. Auch hier trat kurz nach der intralaryngealen Operation eine Drüseninfection zu beiden Seiten des Schildknorpels ein. — In der Epikrise trat Newman warm für seinen schon früher ausgesprochenen Grundsatz ein (vgl. Centralblatt V., p. 367, Referat 93), dass intralaryngeale Operationen bei Fällen vermutheten Kehlkopfkrebses nur dann vorgenommen werden sollten, wenn der Patient seine Zustimmung zur sofortigen Vornahme einer Radicaloperation gäbe, falls die mikroskopische Untersuchung der entfernten Fragmente die Diagnose der Malignität bestätigen sollte.

Die Hauptpunkte von Interesse in dem Semon'schen Falle sind in seinem Titel angegeben. Es ist dies der Fall, dessen im Laufe des vorigen Jahrgangs des Centralblatts vielfach gedacht worden ist (vgl. pp. 53, 284, 285, 340, 341) und welcher mit dem Falle des Kaisers Friedrich III. so frappante Aehnlichkeit aufwies. Bezüglich der einzelnen Details muss auf die früher gemachten Angaben und auf das Original verwiesen werden; hier genüge es zu sagen, dass für lange Zeit die Symptome der Perichondritis die des Krebses vollständig maskirten; dass zu den verschiedensten Zeiten während der Endstadien Blutungen auftraten; dass sich krebsige Wucherungen um die tracheotomische Oeffnung wiederholt bildeten und wieder abstiessen, die Oeffnung jedesmal grösser zurücklassend, bis schliesslich die Canüle in einer weitklaffenden Höhle lag; dass der bei weitem grösste Theil des Knorpelgerüsts des Kehlkopfs während des Lebens in grösseren und kleineren, necrotischen Fragmenten abgestossen wurde, und dass bei der Autopsie der Kehlkopf und der obere Theil der Trachea sich in eine enorme, 6,5 Ctm. lange, ulcerirte Höhle verwandelt zeigten, in welcher von allen Kehlkopfknorpeln nur ein Theil der Epiglottis, ein kleines Stück der linken Hälfte des Ringknorpels und der linke Giessbeckenknorpel zurückgeblieben waren. — Die epikritischen Bemerkungen bezogen sich auf die genannten Punkte, sowie auf das häufige Fehlen von Lymphdrüsenschwellungen und auf die Art des Todes beim Kehlkopfkrebs. — Der Vortrag wurde durch Vorlegung der Präparate des Falles illustrirt.

In der Discussion erwähnte nach einigen einleitenden Worten des Präsidenten (Dr. Broadbent's) zunächst de Havilland Hall einiger Beispiele diagnostischer Schwierigkeiten beim Kehlkopfkrebs aus seiner eigenen Praxis, und Keetley berichtete einen Fall von Thyreotomie wegen Carcinoms, in welchem aus der eigenen Schilderung des Vortragenden klar hervorging, dass die Operation zu spät unternommen und nicht ausreichend im Gesunden operirt worden war. Der Patient hatte bald ein Recidiv. dem er erlag. — Semon schloss sich im Allgemeinen den Ausführungen Newman's hinsichtlich der Gefahren intralarygealer Eingriffe beim Kehlkopfkrebs an, gedachte aber der merkwürdigen Fälle von Schnitzler (vgl. Centralblatt V., 625) und B. Fraenkel (vgl. Centralblatt III., p. 449), in welchem durch intralaryngeale Operationen dauernde Heilung von unzweifelhaften Kehlkopfkrebsen erzielt worden ist, und schloss hieran die Mittheilung, dass er selbst nunmehr über einen einschlägigen Fall der Art verfüge. Der alte Herr nämlich, dessen Falles er wegen der interessanten mikroskopischen Ergebnisse in seinem Brief an den Redacteur des Brit. Med. Journal vom 4. Juni 1887 erwähnt habe (vgl. Centralblatt V., p. 134 — es ist der dritte dort kurz berichtete Fall), sei nach der vor mehr als 1 ½ Jahren vorgenommenen intralaryngealen Entfernung seines Cancroids vollständig wohl geblieben. und der Kehlkopf weise nicht das geringste Zeichen eines Recidivs auf. Er (Semon) habe der grossen, principiellen Wichtigkeit des Falles wegen das im Brit. Med. Journal beschriebene mikroskopische Präparat mitgebracht und erbäte genaue Inspection desselben seitens möglichst vieler der anwesenden Pathologen, um die Diagnose „verhornendes Epitheliom“ über jeden Zweifel feststellen zu lassen [1]. — Halte man nun diese drei authentischen Fälle mit solchen zusammen. wie sie Newman eben berichtet habe und wie sie wohl die weit überwiegende Mehrzahl der einschlägigen bildeten, so sei die Frage wohl gerechtfertigt: „Was solle der Arzt nun eigentlich in diesen Fällen thun?“ — Eine Antwort auf diese Frage erfolgte nicht. nur hob Butlin in seinem Schlusswort hervor, wie wünschenswerth es sei, angesichts der eigenthümlichen Eindrücke, die auf Aerzte und Publikum durch neuere Angaben über den Werth der einzelnen hier in Betracht kommenden Operationen gemacht worden seien, unsere Ansichten über unsere Stellung hinsichtlich der Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses so präcise als möglich zu definiren. SEMON.

124) **Onodi** (Pest). **Ein Fall von allgemeiner Argyrie und von Kehlkopfkrebs.**
*Pester med.-chir. Presse. No. 3. 1889. (Orvosi Hetilap. No. 51. 1888.)*

Der 40jährige Patient war seit einigen Jahren heiser und wurde durch Monate mit Silberlösungen gepinselt; später gebrauchte er Jahre hindurch Einathmungen von Silberlösungen, worauf sich eine allgemeine Argyrie der Haut einstellte. Aber auch die Lippen und die sichtbaren Schleimhäute waren dunkel-

[1]) Es mag erwähnt werden, dass dieser Bitte von vielen Seiten Folge gegeben wurde, und dass Niemand Einspruch gegen die Diagnose erhob. Auch Prof. Gerhardt hat während seines Aufenthalts in London das Präparat untersucht und sich mit der Diagnose einverstanden erklärt. F. S.

blau und die Schleimhaut des Rachens blassgrau. Vom December 1885 stand er in der II. internen Klinik in Behandlung; Schwellung des rechten Stimm- und Taschenbandes, Unbeweglichkeit des rechten Aryknorpels, der weit nach innen stand, veranlassten eine hochgradige Stenose der Glottis. Einpinselungen mit Jodglycerin und Bougirung nach Schrötter konnten in 7 Wochen so wenig Besserung erzielen, dass man zur Tracheotomia inferior schreiten musste. Dabei zeigte sich auch die Trachea durch Infiltration ihrer Wände verengert. Blutungen, Schmerzen im Hinterhaupt und Schlingbeschwerden, Infiltration der Halshaut veranlassten die Ueberbringung auf die chirurgische Klinik, wo Pat. am 22. Januar 1888 starb. Die Section zeigte ausgebreitete Argyrie auch in Leber, Nieren, Milz und den Gefässen des Gehirns. Die Diagnose auf Carcinom bot wegen der Infiltration der tieferen Theile ohne Auftreten von oberflächlichen Wucherungen Anfangs grosse Schwierigkeit. CHIARI.

125) **Roser** (Hanau). **Exstirpation des Kehlkopfs in einem Falle von Krebs. (Extirpation du larynx dans un cas de cancer.)** *La semaine médicale. 21. April 1889.*

Nachdem er vor 4 Jahren bei dem Patienten die Tracheotomie ausgeführt, hat R. letzthin die Totalexstirpation des Kehlkopfs wegen eines Pflasterzellen-Epithelioms vorgenommen. Der allgemeine Zustand des Patienten ist ein befriedigender. E. J. MOURE.

126) **H. Schmid** (Stettin). **Zur Statistik der Totalexstirpation des Kehlkopfs im functionellen Sinne; laute, verständliche Sprache.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XXXVIII. 1. 1888.*

Bei einem Manne von etwas über 30 Jahren wurde die Totalexstirpation des Kehlkopfes vorgenommen. Es war schliesslich Heilung eingetreten, die Trachealmündung mit der äusseren Haut verwachsen, also ein völliger Abschluss nach oben zu gebildet, so dass man bei der Laryngoskopie wie in einen spitz zulaufenden Krater hineinsehen konnte, von dem aus man in die Speiseröhre gelangen konnte. Die Nahrungsaufnahme war nicht behindert. Der Mann spricht mit vernehmlicher Stimme, besser als Individuen mit einem künstlichen Kehlkopfe und besser als solche mit halbseitiger Kehlkopfexstirpation. Da ein solcher Ersatz der Sprache möglich ist, schlägt Schm. vor, künftig bei Totalexstirpationen des Kehlkopfes die Trachea herauszupräpariren und die Oeffnung derselben nach vorne, nicht nach oben, zu legen. SEIFERT.

127) **Landois** und **Strübing** (Greifswald). **Erzeugung einer (natürlichen) Pseudostimme bei einem Manne mit totaler Exstirpation des Kehlkopfs.** *Archiv für klin. Chir. XXXVIII. 1. 1888.*

Die beiden Autoren haben sich zur Aufgabe gestellt, die Factoren zu finden, welche den Patienten von Schmid befähigen, seine Pseudostimme zu produciren, die von einer Intensität ist, dass der Mann auf eine grössere Distanz hin ganz deutlich verstanden wird, sie genügt vollständig den Bedürfnissen des täglichen

Lebens. Die Beschreibung von der Art und Weise der Stimmbildung muss bei dem grossen Interesse, das der Fall bietet, im Original nachgelesen werden.

SEIFERT.

128) **Greville Macdonald** und **Charters Symonds** (London). **Ein Fall von Totalexstirpation des Kehlkopfs wegen Cancroids mit Genesung und brauchbarer Stimme. (Case of total extirpation of the larynx for epithelioma with recovery and a useful voice.)** *Brit. med. Journ. 4. Mai 1889.*

Vortrag mit Demonstration des Patienten vor der Clinical Society of London am 26. April 1889. — Der Kranke war ein 41jähriger Mann, welcher Dr. Macdonald am 6. April 1888 wegen Stimmverlust und leichter Dyspnoë bei Anstrengungen consultirte. Eine grosse, unregelmässige, gelappte, grauröthliche Neubildung, hinten oberflächlich ulcerirt, breitbasig von der subglottischen Fläche der vorderen $^3/_4$ des rechten Stimmbandes ausgehend, füllte fast den ganzen Kehlkopf aus. Nur der hintere Theil des linken Stimmbandes war sichtbar und zeigte sich stark verdickt und sehr geröthet. Die Bewegungen beider Stimmbänder waren — abgesehen von der mechanischen Behinderung — frei. Die mikroskopische Untersuchung eines intralaryngeal entfernten Stückes erwies die cancroide Natur des Tumors. Halbseitige Exstirpation des Kehlkopfs wurde vorgeschlagen, aber verweigert. Am 24. April entfernte M. den ganzen vorspringenden Theil der Neubildung intralaryngeal mit der Zange. Dieselbe erwies sich als weich und brüchig; ziemlich reichliche Blutung folgte. Am nächsten Tage war die Stimme ganz normal, von der Neubildung keine Spur zu sehen, aber das ganze linke Stimmband gleichmässig geröthet und verdickt. Unter den Augen des Beobachters entwickelte sich schnell ein Recidiv. Am 28. October nahm Symonds die halbseitige Kehlkopfexstirpation vor. Die Hahn'sche Canüle schloss die Trachea nicht ganz ab und etwas Blut gelangte in die tieferen Luftwege. Trotzdem schnelle Erholung mit guter Stimme. Aber bald erfolgte ein neues Recidiv rechterseits; bereits im December musste Patient wieder tracheotomirt werden, und am 22. December, 7 Wochen nach der ersten Operation, nahm Symonds die totale Kehlkopfexstirpation vor. Es erfolgte ungestörte Heilung, und am Tage der Vorstellung, 4 Monate nach der Totalexstirpation, war kein Zeichen eines Recidivs vorhanden. Auch konnte der Patient, wenn auch mit rauher und leiser, so doch mit deutlicher Stimme sprechen. „Die vibrirende Structur schien die von der Epiglottis nach hinten laufende Rachenschleimhaut zu sein.“ Die Autoren hielten den Fall [irrthümlicherweise. vgl. z. B. vorstehendes Referat! Ref.] für den ersten, in welchem nach Totalexstirpation des Kehlkopfs Stimmbildung ohne künstlichen Kehlkopf zu Stande gekommen sei. — Wegen weiterer Details (speciell der operativen, der gebrauchten Canülen etc.) muss auf das Original verwiesen werden. Die Discussion brachte nichts Neues.

SEMON.

129) **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.). **Beiträge zur laryngo-chirurgischen Casuistik.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XXXVIII. 4.*

Die Mittheilungen beziehen sich auf einen Fall von totaler Kehlkopfexstirpation bei einer 54jährigen Frau mit Carcinoma laryngis, auf zwei Fälle von

halbseitiger Exstirpation des Kehlkopfs: a) 47jährige Frau mit Carcinom des rechten Stimmbandes, b) 28jährige Frau mit luetischem Narbenverschluss des Kehlkopfes; auf 5 Fälle von Laryngofissur (2 wegen Krebs, 3 wegen Papillombildung).

Die Totalexstirpation blieb ohne Recidiv $1^{1}/_{2}$ Jahr, die beiden halbseitigen Exstirpationen sind nach $3^{1}/_{2}$ Jahren noch gesund. Die zwei wegen Krebs thyreotomirten bekamen Recidive und starben nach 5 bezw. $7^{1}/_{2}$ Monaten. Eines der wegen multipler Papillome operirten Kinder ist geheilt, bei zwei anderen traten Recidive auf, eines derselben ist schon auf endolaryngealem Wege beseitigt. das andere ist noch zu operiren.

M. Schmidt empfiehlt die Milchsäure zur Aetzung der Basis nach Wegnahme der Papillome. SEIFERT.

130) **Lament. Ueber das Entstehen vom Shock bei Larynxexstirpation.** Von Prof. Störk aus Wien. **(De la production du Shock dans l'Exstirpation du Larynx.)** *Journ. de Méd., de Chir. et de Pharm. No. 4. 1889.*

Uebersetzung ins Französische. BAYER.

131) **O. Seifert. Ueber congenitale Membranbildung im Larynx.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 2. 1889.*

S. fand bei 3 Mädchen einer Familie kleinere resp. grössere Membranbildungen zwischen den vorderen Enden der Stimmbänder. Der Vater hatte eine 3—4 Mm. lange membranartige lockere Verwachsung, die Mutter ganz normalen Larynx. LANDGRAF.

132) **Feldhaus** (Würzburg). **Ueber membranöse Verwachsungen der Stimmbänder.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1889.

In vorliegender Dissertation ist der von Nosse und Seifert publicirte Fall ausführlich beschrieben. SEIFERT.

133) **Thost** (Hamburg). **Die Behandlung der Stenosen des Larynx nach der Schrötter'schen Methode.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 4, 5, 6. 1889.*

Durch 6 ausführliche Krankengeschichten illustrirte Empfehlung der bekannten Schrötter'schen Methode. Grundkrankheit war 5 Mal Typhus, 1 Mal Lues. Alle Kranken waren tracheotomirt. LANDGRAF.

134) **Juffinger** (Wien). **Larynxstenose.** Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 24. Mai 1889. *Wiener klin. Wochenschr. No 22. 1889.*

Es handelte sich um eine fast völlige Atresie des Kehlkopfes, die durch endolaryngeale Behandlung geheilt wurde. Die ausführliche Mittheilung folgt später. CHIARI.

## f. Schilddrüse.

135) **Weil** (Prag). **Beitrag zur Physiologie der Schilddrüse.** Vortrag im Verein deutscher Aerzte in Prag vom 8. März 1889. *Prager med. Wochenschr. No. 12. 1889.*

W. bespricht besonders die Versuche Drobnik's, welcher behauptet, dass die nach Entfernung der Schilddrüse beim Hunde entstehende Erkrankung nichts mit der Cachexia strumipriva des Menschen gemein habe. W. hebt hervor, dass vielmehr beide Erkrankungen sehr viele Aehnlichkeit haben. Ebenso widerlegt er die Ansicht Munk's, dass blos die Narbe in der Umgebung der Schilddrüse leicht reizbar sei. und dass solchen öftern Reizungen der Narbe die Cachexia strumipriva ihren Ursprung verdanke; er machte nämlich die Ausschaltungsversuche Munk's nach und fand, dass nur bei solchen Hunden die Cachexia ausbleibe, bei denen ein Theil der Schildrüse erhalten blieb.

Es ist also damit erwiesen, dass die Schilddrüse für das Leben der nervösen Centren von grosser Wichtigkeit sei, und dass ihre Entfernung von einer allgemeinen Cachexie gefolgt sei. Die Art der Beziehungen zwischen Schilddrüse und nervösen Centren sei bis jetzt aber unbekannt. CHIARI.

136) **Weil** (Prag). **Untersuchungen über die Schilddrüse.** Vortrag in dem Verein deutscher Aerzte in Prag am 8. März 1889. *Prager med. Wochenschr. No. 14 und 15. 1889.*

W. machte die Versuche Munk's nach und fand, dass durch die Erregung von Entzündung in der Umgebung der Schilddrüse nur dann die Cachexia strumipriva erzeugt wurde, wenn die Schilddrüse durch den Entzündungsprocess zerstört worden war. Es genügt also nicht, die Umgebung der Schilddrüse mit ihren zahlreichen Nerven zu reizen, wie das Munk und Drobnik annahmen. Daraus folgt. dass wirklich der Schilddrüse eine grosse Bedeutung für das Leben vieler Thiere zukömmt. Was nun die Symptome der Cachexia strumipriva anlangt, so beginnen sie meist mit Muskelflimmern und Steifigkeit der Hinterbeine, während die Athmungsbeschwerden erst später eintreten. Munk nimmt mit Unrecht das Gegentheil an.

Der ganze Symptomencomplex der C. strumipriva ist also dem Ausfalle der Schilddrüse zuzuschreiben, und da dieser Complex nur auf Störungen im Bereiche der nervösen Centren bezogen werden kann, so muss der Schilddrüse ein wichtiger Einfluss auf die Ernährung des Centralnervensystems zuerkannt werden. Die Art dieser Beziehungen ist noch strittig. W. führt die Ansichten der verschiedenen Autoren darüber an. CHIARI.

137) **R. Ewald** (Strassburg). **Weitere Versuche über die Function der Thyreoidea.** *Berl klin. Wochenschr. No. 15. 1889.*

Auf Experimente an jungen Hunden und Kropfexstirpationen an 5 älteren Hunden, bei denen jedesmal Nebenschilddrüsen vorhanden waren, gestützt, wendet sich Verf. gegen die von Munk vertretene Anschauung, dass die bekannten

Folgeerscheinungen der totalen Kropfexstirpationen auf Nebenverletzungen zurückzuführen seien. LANDGRAF.

138) **Jacobson** (London). **Kropf. (Enlargement of thyroid.)** *Brit. Med. Journ. 8. Juni 1889.*

J. zeigte der Harveian Society of London am 9. Mai 1889 eine Familie, bestehend aus einer 37jährigen Mutter und 5 Kindern, welche sämmtlich an Kropf litten. Der Vortragende hatte der Mutter wegen Athembeschwerden mit bestem Erfolge den Isthmus, den ganzen linken und etwa $^1/_3$ des rechten Lappens entfernt, und den stehengelassenen Theil weit weg von der Trachea unter dem Kopfnicker mit liegen gebliebenen Nähten befestigt. — Das Alter der 5 Kindor variirte von 1—11 Jahren. Die Hypertrophie war am Meisten ausgesprochen bei dem zweiten 10jährigen, dem einzigen Mädchen der Familie.

In der Discussion nannte Dr. Stephen Mackenzie die Serie einzig dastehend. Im Uebrigen förderte die Discussion, an der sich auch der Präsident (Dr. Buzzard) und Mr. Hill betheiligten, nichts Besonderes zu Tage.

SEMON.

139) **Geo H. Ormsby** (Slaidburn). **Angeborner Kropf. (Congenital Goitre.)** *Lancet. 25. Febr. 1889.*

Bemerkungen über den Fall eines mit dem Kropf geborenen Kindes; die Mutter litt an demselben Uebel in einem geringen Grade. A. E. GARROD.

140) **Wagner. Ueber Struma.** Verhandlungen des Vereins der Aerzte Oberschlesiens. 15. Dec. 1888. *Breslauer ärztl. Zeitschr. 4. 1889.*

W. bespricht die retrosternalen Strumen, zu deren Behandlung er sich stets mit Vortheil des Jods bedient hat, so dass er sich noch nie zur Exstirpation solcher Strumen genöthigt sah. SEIFERT.

141) **Wölfler** (Graz). **Ueber den wandernden Kropf.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 19. 1889.*

W. beschreibt einen sehr interessanten Fall dieser Art. Ein 27jähriger Mann mit schlankem Halse athmet mit deutlichem Stenosengeräusche; es lässt sich kein Kropf palpiren, nur steht der Kehlkopf sehr tief. Bei der Narcose erschlaffen plötzlich die Kopfnicker und jetzt springt eine über Hühnerei grosse verschiebbare Geschwulst am inneren Rande des rechten Kopfnickers hervor. Die Athembeschwerden und die Cyanose hören sofort auf. Es wird auf den Knoten eingeschnitten; derselbe zeigt sich als der rechte Schilddrüsenlappen, welcher von Kropfknoten durchsetzt ist. Er ist viel kleiner als vor der Operation, offenbar wegen Aufhörens der venösen Stauung. Nach Ausschälung der Knoten wird die Rinde der Schilddrüse vernäht und der rechte Lappen nach oben fixirt. Hinter dem rechten Schlüsselbeine fand sich ein Bindegewebsraum von Hühnereigrösse, offenbar der zeitweilige Aufenthaltsort des Lappens. Hier verschob sich also der ganze Lappen unter das Schlüsselbein. Die Ursache war eine ausserordentliche Beweglichkeit des Kehlkopfes, der bei tiefer Einathmung um 2 Ctm. über dem Sternalrande stand. Diese Beweglichkeit war im Laufe der Jahre in Folge von schwerer Arbeit allmählig entstanden; dadurch kam der rechte Schild-

drüsenlappen öfters hinter die Clavicula und blieb dann längere Zeit im Zustande der Stauung daselbst liegen, um so mehr, da sich die Halsmuskeln bei den durch die Compression der Trachea bedingten heftigen Athembewegungen stark zusammenzogen. Endlich als durch die Narcose die Halsmuskeln erschlafft waren, konnte der Lappen aus seinem Verstecke heraus; damit hörte die Compression der Trachea und die Athemnoth auf. Durch die Operation wurde dauernd die Kurzathmigkeit beseitig.

W. weist noch auf die Fälle von goître plongeant hin, welche durch das Herabgleiten gestielter Kropfknoten hinter das Sternum die Stenose verursachen, und auf einen Fall von Struma retrotrachealis intrathoracica nach Krönlein. In Bezug auf Details ist das Original zu lesen. CHIARI.

142) Haeckel (Jena). **Ueber eine Geschwulst von schilddrüsenartigem Bau im Unterkiefer.** *Corresp.-Blätter des allg. ärztl. Vereins v. Thüringen. XVIII. 1.* 1889.

Bei einer 48jährigen Frau wurde ein hühnereigrosser Tumor, der dem Knochen fest aufsass, mit der rechten Unterkieferhälfte entfernt. Ausserdem bestand eine beträchtliche Struma, zu deren operativer Entfernung Patient sich nicht entschliessen wollte. Das Bild, das man bei der mikroskopischen Untersuchung des Tumors bekam, erinnerte an Schilddrüsengewebe. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Metastase eines Schildrüsenkrebses. SEIFERT.

143) Fürer (Kiel). **Einige Fälle von metastasirenden Schilddrüsengeschwülsten.** Inaug.-Dissert. Kiel 1889.

Mittheilung von 4 Fällen metastasirender Schilddrüsencarcinome, die in dem pathologischen Institut zu Kiel untersucht wurden. Es handelt sich um weibliche Individuen, bei denen Metastasen in den verschiedensten Organen gefunden wurden. SEIFERT.

144) Albert (Wien). **Ueber die Diagnose der Struma maligna.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 6. 1889.*

A. führt folgende Merkmale an, welche die frühzeitige Diagnose ermöglichen: 1. schnelles Wachsthum, 2. Härterwerden der Geschwulst und Zusammenfliessen der einzelnen Knoten, 3. nach dem Hinterhaupte und der Schulter ausstrahlende Schmerzen, über deren Ursache A. keine sicheren Aufschlüsse geben kann, 4. Paraesthesien und Schmerzen an verschiedenen Stellen, 5. Schwäche eines Armes, 6. Erweiterung der oberflächlichen Sternal- und Sternoclavicular-Venen, wenn sie rasch zu Stande kommt, 6. Fixirung des Tumors an den Kopfnicker, 7. Stimmbandlähmung, 8. Dysphagie, manchmal ohne Stenose der Speiseröhre, vielleicht durch Anheftung der Constrictores pharyngis an den Tumor bedingt, 9. Sympathicus-Affection, besonders in Bezug auf das Auge; enge Pupille und Hervortreten des Bulbus oder das Gegentheil, je nachdem der Sympathikus gereizt oder gelähmt ist, 10. feine Gefässnetze in der Haut des Halses, 11. und 12. Exulceration und Metastasen finden sich gewöhnlich erst in späten Stadien des Tumors.

Schliesslich fordert A. noch auf, besonders auf die Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen zu achten, welche manchmal bösartige Strumen begleiten.

CHIARI.

145) **Raymond Johnson (London). Schilddrüsentumor. (Tumour of thyroid.)** *Brit. Med. Journ. 30. März 1889.*

Demonstration am 22. März 1889 vor der Clinical Society of London. Der Patient, ein 53jähriger Mann, hatte seit 12 Jahren an einem rechtsseitigen Schilddrüsentumor gelitten, der sich in letzter Zeit rapide vergrössert hatte, während gleichzeitig die rechtsseitigen Cervicaldrüsen geschwollen waren. Offenbar war eine bösartige Umwandlung eingetreten — eine Auffassung, der sich der Referent anschloss. Bisher war Bewegungsstörung des Halses in Folge der Grösse des Tumors das einzige Symptom. SEMON.

### g. Oesophagus.

146) **Berkhan. Hochgradiges Divertikel der Speiseröhre mit dem Ausgang in Genesung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 11.* 1889.

Hochgradiges Divertikel der Speiseröhre (beschrieben in König's Deutsch. Chir. Lief. 35, 1880) bei einem 37jährigen Manne geheilt durch 71malige Bougirung mit einem passend gekrümmten Bougie, mit dem es gelang, an der Oeffnung vorbei zu kommen. Heilung 11 Jahre nach der Behandlung constatirt.

LANDGRAF.

---

## III. Kritiken und Besprechungen.

a) George Fleming. **Das Kehlkopfpfeifen der Pferde [Laryngismus paralyticus]. (Roaring in horses. [Laryngismus paralyticus.])** London. Baillière, Tindall & Cox. 1889.

b) **R. H. Clarke. Das Kehlkopfpfeifen der Pferde. Eine experimentelle Studie. (Roaring in horses. An experimental research.)** *The Illustrated Naval & Military Magazine. Vol. IX. August 1888.*

Angesichts der Lebhaftigkeit, mit welcher die Frage nach der Natur der neuropathischen Medianstellung des Stimmbandes oder der Stimmbänder beim Menschen verhandelt wird, und der vielfach ebenso fernliegenden wie undenkbaren Hypothesen und Argumente, welche zu ihrer Erklärung herangezogen worden sind und noch werden, ist es auf den ersten Blick sehr auffallend, dass der analogen Affection beim Pferde bisher von den Laryngologen so wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Denn beim Pferde ist die Affection nicht nur eine viel häufigere, als beim Menschen, sondern es findet sich bei ihr auch eine Reihe von Umständen, von denen man theoretisch erwarten sollte, dass ihre Verfolgung viel zur Klärung der Frage beitragen müsste. So ist es sicher, dass beim Pferde die Affection fast stets einseitig ist, und dass es fast ausnahmslos der linke Recurrens und Crico-arytaenoideus posticus sind, welche afficirt werden. Ferner steht es fest, dass beim Pferde die Affection vielfach erblich ist (gewisse Rennpferde, wie der berühmte „Prince Charlie", erzeugten fast ausnahmslos hart-

schnaufige Nachkommenschaft), dass gewisse Rassen (besonders edelgezogene) mehr leiden, als andere, dass Hengste viel häufiger erkranken, als Stuten, und grosse Pferde öfter, als kleine, besonders als Ponies, dass Bau des Halses, klimatische Verhältnisse, gewisse Altersstufen, Mangel an Pflege und gewisse Nahrung zu der Erkrankung prädisponiren — alles Umstände, von denen man meinen sollte, dass sie zu einer Erkenntniss der wahren Natur des Leidens viel beitragen müssten. Aber leider sind die Ansichten der Veterinärärzte über die Frage beim Pferde ebensowenig geklärt und einstimmig, wie die der Laryngologen über die analoge Frage beim Menschen, und dies ist wohl der Grund, dass, mit Ausnahme der gelegentlichen Erwähnung der Chauveau'schen Beobachtung: nämlich dass die in Bleimühlen beschäftigten Pferde öfters an Glottisöffnerlähmung erkrankten — fast nichts über die Affection des Pferdes in den von der Erweitererparalyse handelnden Arbeiten der Laryngologen erwähnt wird.

Die beiden vorliegenden Arbeiten bezeichnen einen erfreulichen Fortschritt auf dem Wege zur Therapie des Leidens beim Pferde, wenngleich die Frage nach der Natur desselben noch keineswegs als gelöst erscheint.

Die Fleming'sche Arbeit ist eine grössere Monographie (160 Seiten), die sich in 10 Capiteln mit der Geschichte des Kehlkopfpfeifens (Hartschnaufigkeit, Rohren, Roaring, Cornage etc.), den verschiedenen Ursachen geräuschvoller Respiration beim Pferde, der Verbreitung der chronischen Form des Leidens, den Symptomen und der Diagnose, der Anatomie und Physiologie des Kehlkopfs des Pferdes, der Pathologie und dem Verlauf der Affection, den Ursachen des chronischen Rohrens, der präventiven und curativen Behandlung des Leidens und der Beschreibung der zur Heilung vorgeschlagenen Operation (Entfernung des afficirten Stimmbandes mit seinem Giessbeckenknorpel) beschäftigt. Der Verfasser, Generalrossarzt der englischen Armee, der sich seit fast 25 Jahren mit dem Gegenstande beschäftigt hat, giebt eine in vielen, wenn auch nicht in allen Beziehungen erschöpfende Darstellung seines Themas. Für uns am interessantesten ist wohl seine Erklärung des Zustandekommens des Leidens, resp. der enormen Prävalenz (96 pCt.) der linksseitigen Affection über die rechtsseitige. Er ist ein lebhafter Verfechter der neuropathischen gegenüber der myopathischen Pathogenese, und erklärt die Häufigkeit, mit welcher die linke Seite befallen wird, durch den Umstand, dass der linke Recurrens intrathoracischen Schädlichkeiten (hauptsächlich Druck von Lymphdrüsen nahe am Aortenbogen) ausgesetzt ist, welche den rechten nicht treffen können. Auch neigt er hinsichtlich der Frage der Heredität (hauptsächlich bei Rennpferden) Darwinistischen Ansichten über die Folgen fortgesetzter Schädlichkeiten derselben Natur zu, welche mehrere Generationen hintereinander treffen. Das Capitel (p. 115 u. ff.) muss im Original gelesen werden.

Mr. Clarke, der sich bei seinen Experimenten der Mitarbeiterschaft Prof. Victor Horsley's zu erfreuen hatte, giebt eine allgemeine Uebersicht über die Frage und beschreibt hauptsächlich genau die verschiedenen Operationen: 1. Excision des Arytaenoidknorpels, 2. Production einer Narbencontraction an der Aussenseite des Processus vocalis des Arytaenoidknorpels, um den letzteren nach aussen zu ziehen, 3. Anheftung des Processsus vocalis an den Schildknorpel mit-

telst einer Naht, — die er behufs Erweiterung der Glottis unternommen hat. Sehr interessant ist die Beschreibung zweier Fälle bei Pferden, in welchen die einseitige Glottisöffnerlähmung allmälig in vollständige Recurrenslähmung mit Verbesserung der Symptome überging. Clarke vergleicht diese Fälle mit dem von Percy Kidd beim Menschen beschriebenen (vgl. Centralblatt IV., p. 414) und bemerkt, dass solche Fälle sowohl der Tervaert'schen Behauptung (vgl. Centralblatt III., p. 110 et seq.), dass derartige Uebergänge nicht zur Beobachtung gekommen seien, wie Krause's Auffassung der neuropathischen Medianstellung als eines Krampfes der Verengerer widersprächen.

Es ist hier der Platz zu der Bemerkung, dass es hoch erfreulich ist, aus beiden hier besprochenen Arbeiten zu entnehmen, mit welcher Aufmerksamkeit die Veterinärärzte der ganzen Discussion über die neuropathische Medianstellung der Stimmbänder beim Menschen gefolgt sind. Beide Autoren stellen sich rückhaltslos auf den Standpunkt des Referenten, dass es sich in der grossen Majorität aller einschlägigen Fälle um eine primäre Lähmung der Erweiterer, nicht um einen primären Krampf der gesammten Kehlkopfmusculatur handelt.

Vielleicht führt die erfolgreiche operative Therapie, welche die Autoren beim Pferde verfolgt haben, zu neuen analogen Operationen bei der doppelseitigen Erweitererlähmung des Menschen. Freilich kommt bei letzterer das gewichtige Bedenken zur Geltung, dass eine ähnliche operative Erweiterung der Glottis, wie sie beim Pferde ohne Schaden unternommen werden kann, aller Voraussicht nach zu völliger Aphonie führen würde. Immerhin aber liegt in dem Erfolge beim Pferde der Ansporn zu weiterer Thätigkeit beim Menschen.

Interessenten kann die Lectüre beider besprochener Arbeiten warm empfohlen werden. FELIX SEMON.

---

# IV. Briefkasten.

**Zehnter internationaler medicinischer Congress zu Berlin 1890.**

Abtheilung 12. Laryngologie und Rhinologie.

Geschäftsführer: B. Fränkel (Berlin).

Mitglieder: Beschorner (Dresden), Gottstein (Breslau), A. Hartmann (Berlin), Jurasz (Heidelberg), H. Krause (Berlin), Michael (Hamburg), Schech (München), M. Schmidt (Frankfurt a. M.).

---

**Berichtigung.**

Der Titel der Lichtwitz'schen Arbeit über das Creolin (dieser Jahrgang p. 99) ist aus Versehen nicht ganz vollständig gegeben. Derselbe lautet im Original:

„De la créoline en général et de son emploi dans les maladies du nez, des oreilles et de la gorge."

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang VI. Berlin, December. 1889. No. 6.

## I. Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopf-Geschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen.

### Ergebnisse der Sammelforschung.

(Schluss.)

XII. Das Gesammtergebniss der Sammelforschung.

Die Seltenheit bösartiger Umwandlungen von gutartigen Kehlkopfgeschwülsten überhaupt. Die Einflusslosigkeit intralaryngealer Operationen auf solche Umwandlungen. Die sonstigen Lehren der Sammelforschung. Die Frage der Berechtigung der Entfernung von Fragmenten zu blossen diagnostischen Zwecken, sowie diejenige intralaryngealer Operationen nach Constatirung der Bösartigkeit einer Kehlkopfgeschwulst. Schlussbemerkungen.

Zwei Fragen waren es, zu deren Lösung die Sammelforschung unternommen wurde:

1. Kommt ein Uebergang gutartiger Kehlkopfgeschwülste, speciell nach intralaryngealen Operationen, „oft" vor?
2. Kann in den nach intralaryngealen Operationen beobachteten Fällen eines solchen Ueberganges die Operationsmethode selbst für denselben verantwortlich gemacht werden?

Da die einzige nothwendige Vorfrage, nämlich die, ob eine Degeneration gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige überhaupt vorkommen könne und vorkommt, bereits im Laufe der vorstehenden Ausführungen sowohl theoretisch auf Grund allgemeiner Erwägungen und analoger Vorkommnisse in anderen

Theilen des Körpers (vgl. Abschnitt VII.), wie practisch durch die Mittheilung der ganz oder fast ganz sicheren eingesandten Fälle (vgl. Abschnitt IX., Fall 7, Abschnitt X., Fälle 1, 6, 9, 15, 16) im bejahenden Sinne beantwortet worden ist[1]), können wir uns sofort zur Beantwortung der ersten dieser Fragen wenden.

Das Resultat der Sammelforschung bildet die denkbarst emphatische und unanfechtbare **Verneinung** der Frage, ob ein Uebergang gutartiger Kehlkopfgeschwülste, speciell nach intralaryngealen Operationen, „oft" vorkomme.

Unter 10747 Fällen von gutartigen Kehlkopfneubildungen ist ein solcher Uebergang 45 Mal berichtet worden, und zwar 12 Mal spontan, 33 Mal nach intralaryngealen Operationen.

Mit diesen einfachen Zahlen ist — selbst wenn man auf die so durchaus nothwendige Kritik des eingesandten Materials vollständig Verzicht leistet — der Stab über die Behauptung, dass eine solche Degeneration „oft" vorkäme, endgültig gebrochen. Denn es würde dem einfachsten Sprachgebrauch aller Nationen schnurstracks zuwiderlaufen, wenn man bei einer Proportion von 45 : 10747, d. h. von **1 : 238** das Wort „oft" gebrauchen wollte!

Bei strengerer Sichtung aber liegen die Verhältnisse noch ganz anders.

---

[1]) Ein bedeutender englischer Patholog erhob kürzlich im Gespräch mit dem Herausgeber die Einwendung, dass man doch nicht eigentlich von einer „Umwandlung" sprechen könne, wenn der intralaryngealen Entfernung einer gutartigen Kehlkopfgeschwulst später einfach das Auftreten einer bösartigen an derselben Stelle „folge". Das heisst doch aber wohl die Dialektik etwas zu weit treiben! Der Herausgeber hat selbst bei Gelegenheit des Fauvel'schen, sowie seines eigenen Falles darauf aufmerksam gemacht, dass es nicht erlaubt scheine, von einer „Umwandlung" oder einem „Uebergange" in dem Falle zu sprechen, dass eine bösartige Neubildung nicht von der Insertionsstelle einer früher entfernten Geschwulst, sondern nur von deren Nachbarschaft ihren Ursprung nimmt. Anders liegt doch aber die Sache, wenn die spätere bösartige Geschwulst direct von dem Mutterboden der früher entfernten Geschwulst ausgeht. Denn wenn auch die Möglichkeit nicht geleugnet werden kann und soll, dass sich — etwa analog dem Bayer'schen Fall von bösartig gewordenen Nasenpolypen (vgl. Abschnitt VII.) — eine bösartige Transformation gelegentlich auch in den peripheren Abschnitten einer gutartigen Kehlkopfgeschwulst vollziehen mag, so ist die Wahrscheinlichkeit a priori doch unendlich viel grösser, dass ein solcher Vorgang, wenn er sich überhaupt abspielt, in dem basalen Theile der Geschwulst, d. h. in ihrem Mutterboden vor sich geht. — Nun leistet aber keine Form intralaryngealer Operation, welcher Methode (Zange, Messer, Schlinge, Galvanocauter) man sich auch bedienen mag, absolut dafür Gewähr, dass wirklich alles Krankhafte radical entfernt worden ist (man denke nur an die häufigen Papillomrecidive in den Händen der geschicktesten Operateure!); in phonetischer Beziehung ist es sogar oft wünschenswerth, nicht allzu radical vorzugehen, um die Stimme des Kranken nicht für später zu beeinträchtigen; eine anscheinende Entfernung alles Krankhaften ist nichts weniger als gleichbedeutend mit einer wirklichen Entfernung desselben, da sich die Vorgänge im Mutterboden gutartiger Geschwülste naturgemäss nur zu oft dem Blicke des Operateurs gänzlich entziehen. Entwickelt sich also unter solchen Umständen in der im VII. Abschnitt genauer definirten Weise eine bösartige Geschwulst von der Insertionsstelle der früher entfernten, gutartigen, so wird es für jeden Unbefangenen wohl kaum zweifelhaft sein, dass es sich in dem betreffenden Falle um eine ächte „Umbildung" im Mutterboden der alten Geschwulst, nicht um eine blosse „zeitliche Folge" gehandelt hat.

Anmerkung des Herausgebers.

Wenn wir — speciell für die Frage der Degeneration nach intralaryngealen Operationen — die 12 berichteten Spontanumwandlungen und die **2531** Fälle von Kehlkopfneubildungen, in denen überhaupt nicht intralaryngeal operirt worden ist, vorläufig bei Seite lassen, so finden wir, wenn wir wiederum vorerst auf Kritik verzichten, 33 gemeldete Umwandlungen auf 8216 Operationen, d. h. ein Verhältniss von **1 Umwandlung auf 249 Operationen!** Hier kann also noch weniger die Rede von einem „oft" sein, als bei der vorher aufgestellten Gesammtproportion! —

Legt man nunmehr aber die Kritik, welche wir uns bei der Analyse jedes einzelnen Falles zu üben gestattet haben, an die Gesammtzahl derselben, so finden wir Folgendes:

Als ganz oder fast ganz sichere Beispiele von maligner Transformation nach intralaryngealen Operationen konnten wir nur die Fälle:

X., 1 (Aschenbrandt-Seifert),
X., 6 (Victor von Bruns-Paul Bruns-Boecker),
X., 9 (Navratil),
X., 15 (Mahl-Stoerk),
X., 16 (Tauber)

bezeichnen.

Die Proportion der sicheren oder nahezu sicheren Fälle zur Gesammtzahl der Operationen ist daher nur:

5 : 8216, oder
**1 : 1645,**

d. h. **weit weniger, als 1 pro Mille!**

Als wahrscheinlich hierher gehörend betrachteten wir die Fälle:

X., 4 (Beschorner-Prinz),
X., 5 (Boecker),
X., 7 (Fano),
X., 8 (Michel),
X., 11 (Newman),
X., 14 (Seeligmann),
X., 17 (Semon-Baron).

Die Proportion der „sicheren" **plus** den „wahrscheinlichen" Fällen zur Gesammtzahl der Operationen verhält sich also wie:

12 : 8216, oder
**1 : 685.**

Von den übrigen berichteten Beispielen anscheinenden Ueberganges nach intralaryngealen Operationen gaben wir das Prädicat „zweifelhaft" den Fällen:

X., 12 (Schnitzler),
X., 13 (Schnitzler),
XI., 1 (Baumgarten),
XI., 2 (J. Solis Cohen),
XI., 9 (Labus),

XI., 10 (Prinz),
XI., 13 (v. Schroetter),
XI., 14 (Clinton Wagner),
XI., 15 (Whipham-Whistler),
XI., 16 (Morelli),

während wir die Fälle:

X., 3 (Beschorner),
XI., 3 (J. Solis Cohen),
XI., 4 (J. Solis Cohen-Seiler),
XI., 5 (J. Solis Cohen),
XI., 6 (Fauvel),
XI., 7 (Glasgow),
XI., 8 (Gurowitsch),
XI., 11 (Schech),
XI., 12 (Schnitzler-Mahl),

als „im höchsten Grade zweifelhaft" resp. als „wahrscheinlich nicht in die Kategorie der Umwandlungen gehörig", und die Fälle:

X., 2 (Bayer),
X., 10 (Newman)

als „Narbengeschwülste" bezeichnen zu müssen glaubten.

Rechnen wir nun selbst noch die Kategorie der „zweifelhaften" Fälle den „sicheren" und „wahrscheinlichen" zu, und lassen wir nur die direct unwahrscheinlichen fort, so erhalten wir ein Verhältniss von:

22 : 8216, oder
**1 : 373.**

Es muss jedem Leser der Sammelforschung überlassen bleiben, sich hiernach selbst die Proportion, die ihm den thatsächlichen Verhältnissen am meisten zu entsprechen scheint, auszuwählen. Der Ansicht des Herausgebers nach dürfte dies die Proportion von **1 : 685** sein, welche das Verhältniss der „sicheren" plus den „wahrscheinlichen" Fällen von Degeneration nach intralaryngealen Operationen gegenüber der Gesammtzahl der letzteren repräsentirt. [1])

Welche der aufgestellten Proportionen man aber auch wählen mag — jedenfalls kann für die Zukunft kein Zweifel mehr darüber obwalten, dass **die bösartige Degeneration einer früher bestimmt gutartig gewesenen Kehlkopfgeschwulst, wie überhaupt, so auch nach intralaryngealen Operationen als ein Ereigniss seltenster Art bezeichnet werden muss!**

---

[1]) Die Differenz zwischen den oben aufgestellten Proportionen und den in dem vorläufigen Bericht über die Sammelforschung angegebenen (Centralblatt V., p. 46) erklärt sich aus den mittlerweile dem Herausgeber zugegangenen Berichtigungen und Zusätzen. Anm. des Herausgebers.

Wir kommen nunmehr zur zweiten Frage der Sammelforschung:

„Kann in den nach intralaryngealen Operationen beobachteten malignen Umbildungen die Operationsmethode selbst für diese Umbildungen verantwortlich gemacht werden?"

Für jeden Unbefangenen ist mit dem Resultat der Untersuchung über die Frequenz bösartiger Degenerationen gutartiger Kehlkopfgeschwülste überhaupt gleichzeitig auch die Antwort auf die zweite Frage gegeben. Denn es leuchtet ein, dass, wenn der operative Reiz per se als Krebserzeuger wirken könnte, das Verhältniss der malignen Umbildungen zur Gesammtzahl der vorgenommenen malignen Operationen ein unendlich viel grösseres sein müsste, als das eben ermittelte! Dem gesunden Menschenverstand wird es nie erfindlich sein, warum in so vielen Hunderten von Operationen, wie den obigen Statistiken zufolge auf jedes einzelne Beispiel von Umbildung entfallen, der Operationsreiz grade in diesen vereinzelten Fällen krebserzeugend gewirkt haben soll, und warum nicht in den jedem dieser vereinzelten Fällen gegenüberstehenden hunderten, in welchen dieselben Operationen heilenden Erfolg gehabt haben! —

Ein einziger Einwand könnte hier von den Transformationsgläubigen gemacht werden, der nämlich, dass grade in den berichteten Fällen von Uebergang so viele, und über so lange Zeiträume ausgedehnte Operationen vorgenommen worden seien, dass sich in diesen Fällen der krebserzeugende Einfluss des operativen Reizes habe geltend machen können, während derselbe in den tausenden von Heilungsfällen nicht zur Einwirkung gekommen sei.

Obwohl dieser Einwand, wie gleich gezeigt werden soll, ein blosses Scheinargument darstellt, das von den verschiedensten Standpunkten aus widerlegt werden kann, müssen wir uns doch mit ihm beschäftigen, um den schädlichen Behauptungen, deren Grundlosigkeit die Sammelforschung ermittelt hat, auch nicht die geringste Handhabe zu hinterlassen, mittelst deren dieselben später erneuert werden könnten.

Unzweifelhaft ist in der Majorität der Fälle, in welchen eine Umbildung vorgekommen ist oder vorgekommen sein soll, viel und lange intralaryngeal operirt worden. Das geht klar aus den oben mitgetheilten Berichten hervor[1]) und soll keinen Augenblick bestritten werden.

Dem gegenüber ist aber Folgendes zu bedenken:

Selbst wenn wir uns zunächst argumenti causa für einen Augenblick auf

---

[1]) Der Herausgeber hatte die Absicht, die betreffenden Verhältnisse hier in Tabellenform zusammenzustellen und hatte de facto bereits die Hälfte der betreffenden Tabelle angefertigt. Es stellte sich aber heraus, dass die Angaben der einzelnen Autoren über die Zahl und Dauer der Operationen theilweise ganz allgemein gehalten sind, theilweise ganz fehlen. Eine tabellarische Uebersicht würde daher so gut wie werthlos sein, und es muss den Lesern der Sammelforschung überlassen bleiben, sich aus den einzelnen Berichten selbst ein allgemeines Urtheil über die einschlägigen Verhältnisse zu bilden.

Anm. des Herausgebers.

den Boden der Möglichkeit stellen, dass ein oft wiederholter und lange fortgesetzter operativer Reiz an sich ausreiche, um einen Uebergang einer gutartigen in eine bösartige Kehlkopfgeschwulst zu bewirken, so steht vor allen Dingen die Thatsache fest, dass es durchaus nicht ausschliesslich Fälle von lange fortgesetzten, oft wiederholten intralaryngealen Operationen sind, in welchen von einer Degeneration berichtet worden ist. Wir erinnern hier an die Fälle: X., 5 (Boecker), X., 11 (Newman), X., 12 (Schnitzler), X., 14 Seeligmann), X., 16 (Tauber), XI., 1 (Baumgarten), XI., 7 (Glasgow), XI., 8 (Gurowitsch), XI., 9 (Labus), XI., 11 (Schech), XI., 12 (Schnitzler-Mahl), XI., 13 (v. Schrootter), XI., 14 (Clinton Wagner), in denen aus den Aeusserungen der betreffenden Beobachter theilweise ganz und gar nicht geschlossen werden kann, dass viel und lange operirt worden ist, theilweise das directe Gegentheil hervorgeht. So wird z. B. in dem Schech'schen Falle (XI., 11) doch kein vernünftiger Mensch auch nur einen Augenblick glauben, dass die bösartige Umbildung — notabene, wenn eine solche überhaupt erfolgt ist! — durch die drei Sitzungen producirt worden ist (vgl. den Fall), in denen Fragmente mit Messer und Pincette entfernt wurden!

Die genannten 13 Fälle repräsentiren aber mehr als ein Drittel der sämmtlichen Fälle vermutheter Umbildung nach intralaryngealen Operationen!

Zweitens muss hier nachdrücklich darauf aufmerksam gemacht werden, dass in einer sehr beträchtlichen Anzahl der Fälle, in welchen viel und lange operirt worden ist, begründeter Verdacht vorliegt, dass es sich um von Anfang an bestandene Mischgeschwülste, oder um bösartige, unter dem äusseren Bilde gutartiger Geschwülste auftretende Tumoren gehandelt hat, so in den Fällen XI., 3 (J. Solis Cohen), XI., 4 (J. Solis Cohen-Seiler), XI. 5 (J. Solis Cohen), XI., 6 (Fauvel), XI., 10 (Prinz), XI., 15 (Whistler-Whipham), XI., 16 (Morelli). In allen diesen Fällen dürfte es sich also de facto nicht um viele und lange Operationen an gutartigen Geschwülsten, die in Folge dessen bösartig wurden, gehandelt haben, sondern um viele und lange Operationen an a priori bösartigen oder wenigstens gemischten Geschwülsten! Der oft erwähnte Krieg'sche Fall giebt ein ausgezeichnetes Beispiel dafür ab, wie leicht etwas derartiges möglich ist. — Addiren wir nun aber die eben genannten 7 Fälle zu den 13 ersterwähnten, in welchen überhaupt nicht viel und nicht lange operirt worden zu sein scheint, so findet der Einwand, bei dessen Bekämpfung wir uns gegenwärtig befinden, überhaupt nur Anwendung auf 13 der berichteten 33 Fälle von Umwandlung. also auf etwas mehr als ein Drittel der Gesammtzahl! —

Es geht schon hieraus hervor, auf wie schwachen Füssen die Behauptung steht, dass der Operationsreiz an sich genüge, eine Umwandlung auszulösen.

Ihre ganze Nichtigkeit aber tritt zu Tage, wenn wir uns nunmehr drittens mit der sich an dieser Stelle mit logischer Nothwendigkeit ergebenden Frage beschäftigen: ob denn die nunmehr übrig bleibenden 13 Fälle die einzigen in der laryngologischen Literatur bekannten sind, in denen viel und lange intralaryngeal operirt worden ist? — Denn wenn unanfechtbar nachgewiesen werden kann, dass eine Reihe wohl authenticirter Fälle existirt, in denen mindestens ebensoviel,

ebensolange und ebenso energisch, oder gar noch mehr, noch länger, noch energischer intralaryngeal operirt worden ist, ohne dass die gefürchtete Umwandlung eingetreten wäre, so wird kein verständiger Mensch glauben, dass dieselbe Wirkung im einen Falle diesen, im anderen den gerade entgegengesetzten Erfolg haben könne — ohne dass noch ein anderer ausschlaggebender, wenn auch uns gegenwärtig noch unbekannter Factor hinzutrete!

Nun ist aber die ganze Geschichte der intralaryngealen Chirurgie ein fortgesetzter Beweis dagegen, dass die Zahl und Dauer der Operationen in den übrig bleibenden 13 Fällen wirklichen oder möglichen Ueberganges nach irgend welcher Richtung hin etwas Ausnahmsweises oder gar Verwerfliches darstellt. Es liegt in der Natur intralaryngealer Operationen, der Schwierigkeiten ihrer Technik, der oft ungünstigen anatomischen Verhältnisse des Kehlkopfs, an dem die Operationen vorgenommen werden, des Sitzes, der Befestigung, der Multiplicität der zu operirenden Geschwülste, der häufigen Unmöglichkeit, sicher zu sein, ob auch alles Krankhafte fortgenommen ist, der Recidivfähigkeit der Papillome, der bedeutsamen Rolle, die die Mitwirkung des Patienten beim Erfolg der Operationen spielt und tausenderlei anderer hier zu berücksichtigender Umstände, dass nur in Ausnahmefällen die gänzliche Entfernung der Neubildung in der ersten Sitzung gelingt, und dass weit häufiger wiederholte, oft lange fortgesetzte, bei etwaigen Recidiven zu erneuernde Operationen nothwendig werden, ehe vollständige, dauernde Heilung erzielt ist[1]). Welcher Laryngolog, der auf eine mehrjährige Thätigkeit zurückblicken kann, würde sich nicht mehrerer solcher Fälle aus eigener Erfahrung erinnern, nicht aus eigener Erfahrung Zeugniss dafür ablegen können, welche staunenswerthe Toleranz der menschliche Kehlkopf selbst häufigen, lange fortgesetzten, energischen Eingriffen entgegenbringt? — Aus unserer Tabelle geht hervor, dass von den **3382** operirten Papillomen[2]) zum mindesten (vgl. die zweite Anmerkung zu der Tabelle) **480,** also 14 pCt., recidivirten resp. wiederholte Entfernungen nothwendig machten. — Warum ist in diesen 480 Fällen keine bösartige Degeneration erfolgt, wenn der Operationsreiz per se eine solche produciren kann?

Und wie in vielen dieser Fälle operirt worden ist, dafür haben (ganz abgesehen von den zahllosen, in der laryngologischen Literatur verstreuten Fällen) einige Collegen die dankenswerthe Güte gehabt, uns spontan höchst instructive Beispiele einzusenden.

So schreibt Beschorner (Dresden): „Einen beachtenswerthen Fall, welcher die Zähigkeit des Recidivirens papillomatöser Kehlkopfgeschwülste illustrirt und

---

[1]) Es ist richtig, dass die Einführung des Cocains eine beträchtliche Abkürzung der Zahl der Sitzungen wie der Eingriffe selbst zu Wege gebracht hat, aber selbst heute noch ist die Mehrzahl der intralaryngealen Operationen nicht jene leichte und schnelle Sache, als welche einige Fachgenossen sie im ersten Enthusiasmus nach dem Bekanntwerden des vortrefflichen Mittels dargestellt haben.

[2]) Beiläufig bemerkt, dürfte die Sammelforschung wohl beanspruchen können, die streitige Frage nach der relativen Frequenz der Papillome im Verhältniss zur Häufigkeit von gutartigen Kehlkopfneubildungen überhaupt gelöst zu haben. Dieselbe beträgt 4190 : 10747, d. h. etwa $1:2^1/_2$.

wie die Structur derselben sich trotz unausgesetzter (!) intralaryngealer Eingriffe und in Jahrzehnten (!) nicht verändert, habe ich momentan in Behandlung. Er betrifft denselben Hans Pansel, den V. v. Bruns im Jahre 1863 mit der ihm eigenen Beharrlichkeit als $4^1/_2$jährigen Knaben an Kehlkopfpapillom operirte, und den er als 8. Beobachtung in seiner „Laryngoskopie und laryngoskopische Chirurgie“, p. 323 aufführt. Dieser Hans Pansel, jetzt 30 Jahre alt, wird von mir zur Zeit neuerdings von Kehlkopfpapillomen befreit, nachdem er seit dem Jahre 1865 von ungezählten Laryngoskopikern vieler Städte und Länder ungezählte Male operirt worden ist (!). — Sein Kehlkopf verträgt, nebenbei bemerkt, das Eingehen mit Instrumenten, als ob er auf's Intensivste cocainisirt wäre. — Die von mir heute wieder entfernten und mikroskopisch untersuchten Neubildungen bieten den Typus einfacher Papillome dar.“

B. Fränkel schreibt: „In einem Falle habe ich bereits 10 (!) Recidive bekämpfen müssen, weil immer wieder, meist von anderen Stellen, Papillome aufschiessen. Die letzte Untersuchung hat aber noch den typischsten Befund des Papilloms ergeben. Jetzt ist der Patient seit über Jahresfrist gesund.“

Labus berichtet: .... „Zwei Fälle sind sehr interessant wegen der Hartnäckigkeit ihrer Recidive: den einen, einen Eisenarbeiter, habe ich seit 12 Jahren (!) in Behandlung, alle 5—6 Monate wird es nothwendig, ihm papillomatöse Vegetationen von den Stimmbändern zu entfernen; die andere, eine junge Dame, steht seit 5 Jahren in Behandlung. Anfänglich war die Tendenz zu Recidiven ganz ausserordentlich: bisweilen genügten 14 Tage zur vollständigen Neubildung des Papilloms. Gegenwärtig scheint die Reproductionsthätigkeit sich zu erschöpfen, da seit der letzten Exstirpation 7 Monate verflossen sind und sich bis zu diesem Augenblicke kein neues Recidiv gezeigt hat.“

Lichtenstein (Posen) gedenkt eines gegenwärtig unter seiner Behandlung stehenden Falles von recidivirendem Papillom, der vor 18 Jahren (!) von V. v. Bruns und vor 2 Jahren von Boecker operirt worden war.

Malmsten (Stockholm) berichtet: „in einem Falle von gutartigem Papillom ausgehend vom freien Rande des rechten Stimmbandes entstanden 5 Male (!) Recidive sehr schnell nacheinander; das letzte Mal wurde die Geschwulstfläche unmittelbar nach der Operation mit Kali causticum in Substanz gebrannt; seitdem — d. h. seit $1^1/_2$ Jahren — ist vollständige Heilung eingetreten.“

Michel (Cöln) schreibt: „Augenblicklich behandle ich einen 25jährigen Postbeamten (seit $2^1/_2$Jahren), dem ich an 250 Stückchen Papillome, welche die ganze Kehle einnahmen (Athemnoth und geräuschvolles Athmen vorhanden) entfernt habe. Er ist fast völlig geheilt. Bis jetzt fanden 40 Operationen mit der scharflöffeligen Pincette und 8 galvanokaustische Sitzungen statt. Von einer bösartigen Umwandlung keine Rede.“

In einem Briefe von Max Schaeffer (Bremen) heisst es: .... „Ein anderer Patient, Gymnasial-Professor hier, wurde schon vor meiner Zeit, vor 15 Jahren, von Tobold wegen multipler Papillome operirt. Ich habe demselben vielleicht 10 Male (!) in den 15 Jahren (!) den Larynx ausgeräumt, so dass er beständig in seinem Berufe bleiben konnte. Seit Herbst 1886 habe ich durch Einreibungen von 50procent. Milchsäurelösung Recidive bei ihm verhindert.“

Semon hat einen Fall berichtet (vgl. Transactions of the Royal Medical and Chirurgical Society, Vol. LXV, p. 164, 1882), in welchem sieben Monate fortgesetzte, zum grossen Theil galvanokaustische Sitzungen nothwendig waren, um die Patientin, ein junges Mädchen, von multiplen, theilweise subglottischen Papillomen zu befreien. Die Dame ist jetzt, wie er nach kürzlich stattgehabter Untersuchung mit Bestimmtheit angeben kann, seit 7 Jahren dauernd von ihrem Leiden befreit. — Eines anderen Falles von bei jeder Schwangerschaft auftretenden Recidiven hat er bei Beschreibung seines Falles von Umbildung (X, 17) bereits gedacht. In diesem Falle sind bisher im Laufe von 8 Jahren 5 Recidive (!) erfolgt (die Neubildungen kommen hauptsächlich aus den Morgagni'schen Ventrikeln), und die Gesammtzahl der stattgehabten Sitzungen beläuft sich sicher auf über 100. Die mikroskopische Untersuchung des ganz kürzlich entfernten letzten Recidivs zeigte, wie stets zuvor, die Charaktere eines typischen Kehlkopfpapilloms.

Tobold (Berlin) schreibt: „In einem Falle traten 5mal (!), in einem zweiten 3mal, in einem dritten 2mal Recidive ein, und fand dann, nach wiederholten Operationen, ein weiteres Wachsthum nicht statt."

Doch genug der Illustrationen. Der Herausgeber hat es nur für nothwendig gehalten, einige der drastischsten, ihm direct zur Verfügung gestellten Beispiele langwieriger, oft wiederholter und doch unschädlicher intralaryngealer Operationen hier zu reproduciren. Es wäre leicht gewesen, ihre Zahl durch ähnliche, in der laryngologischen Literatur niedergelegte Fälle zu vermehren — nur beispielsweise sei an den in der Novembernummer 1889, p. 256 des Centralblatts veröffentlichten, ausserordentlichen Fall G. Stoker's erinnert, in welchem im Verlaufe von 23 Jahren (!) viele hunderte (!) von nichts weniger als schonenden intralaryngealen Operationen vorgenommen worden sind, ohne dass eine bösartige Degeneration eingetreten wäre — aber die vorstehenden Beispiele genügen völlig. um die Absurdität der Behauptung klar zu legen, dass intralaryngealer operativer Reiz an sich krebserzeugend wirken könne. Wenn dem so wäre, so hätten wahrlich die eben erwähnten Kranken Beschorner's, B. Fränkel's, Labus', Lichtenstein's, Malmsten's, Schaeffer's, Semon's, Stoker's, Tobold's schon längst an Kehlkopfcarcinom zu Grunde gehen müssen! —

Wäre es aber nöthig, der Behauptung von dem Einfluss intralaryngealer Operationen auf das Vorkommen der in ganz vereinzelten Fällen thatsächlich erfolgenden Umbildungen gänzlich den Gnadenstoss zu versetzen, so geschähe dies, viertens, durch den Vergleich des Verhältnisses der spontanen Umbildungen zu der Gesammtzahl der überhaupt nicht operirten Neubildungsfälle, gegenüber dem Verhältnisse der nach intralaryngealen Operationen erfolgten Umbildungen zu der Gesammtzahl dieser Operationen!

Es ist in dem betreffenden Abschnitte (IX.) von dem Herausgeber selbst hervorgehoben worden, dass die Fälle spontaner Transformation naturgemäss mehr oder minder zweifelhaft sind. Aber sie sind sicher nicht zweifelhafter, als der grössere Theil der eingesandten Transformationsfälle nach intralaryngealen Operationen. Nehmen wir nun einfach die uns zur Disposition ge-

stellten Zahlen als gegeben an, und berechnen wir einerseits die Proportion der spontanen Degenerationen gegenüber den nicht operirten Fällen, andererseits das Verhältniss der nach intralaryngealen Operationen degenerirten Fälle zur Gesammtzahl der intralaryngealen Operationen, so kommen wir zu folgendem, ausserordentlichen Ergebniss:

| Nicht operirte Fälle von gutartigen Kehlkopfneubildungen: | | Intralaryngeal operirte Fälle von gutartigen Kehlkopfneubildungen: | |
|---|---|---|---|
| Gesammtzahl . . . . . . . | 2531 | Gesammtzahl . . . . . . . . | 8216 |
| Spontane Degeneration . . . . | 12 | Degeneration nach Operationen | 33 |
| Verhältniss = 12:2531 | | Verhältniss = 33:8216 | |
| **= 1:211** | | **= 1:249** | |

d. h. **es sind etwas mehr spontane Degenerationen in den nicht operirten Fällen erfolgt, als postoperative Degenerationen in den intralaryngeal operirten!!**

Und hierbei ist die nach analogen Verhältnissen — spontane Krebsbildung in seit langen Jahren bestehenden, nie operirten Kröpfen — vorhandene Wahrscheinlichkeit noch gar nicht berücksichtigt, dass sich in den postoperativen Degenerationsfällen die Umbildung auch vollzogen haben würde, wenn die betreffenden Neubildungen nie operirt worden wären! — —

Genug — von welchem Standpunkte wir auch immer die Frage des behaupteten Einflusses intralaryngealer Operationen auf das Zustandekommen der überhaupt enorm seltenen Fälle von Degeneration gutartiger Kehlkopfgeschwülste zu bösartigen untersuchen mögen, immer werden wir mit logischer Nothwendigkeit zu dem Schlusse gedrängt: **dass ein solcher Einfluss absolut nicht existirt!** —

Sind wir auch noch im Unklaren darüber, welches der geheimnissvolle Einfluss ist, in Folge dessen, wie der Krebs überhaupt, so Umwandlungen gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige sich entwickeln — des einen sind wir jetzt sicher: „dass wir" — um bei den Worten unseres Vorberichts (Centralblatt V, p. 46) zu bleiben — „die segensreiche Errungenschaft Victor v. Bruns' ruhig weiter zum Besten von Tausenden von Kranken verwenden dürfen, ohne fürchten zu müssen, eine unschuldige Neubildung in eine bösartige zu verwandeln."

---

Somit hat die Sammelforschung die beiden Fragen, zu deren Lösung sie unternommen wurde, ebenso vollständig wie befriedigend beantwortet. Die Grundfrage freilich: warum in jenen seltenen Fällen, von denen sie zu berichten hatte, die bösartige Umwandlung erfolgt sei, — hat sie ihrer Klärung nicht näher zu führen vermocht, doch war dies selbstverständlich nicht zu erwarten [1]). Die Antwort auf diese Frage dürfte eines Tages von einer anderen

[1]) So sicher liess sich bei unserer gegenwärtigen Unbekanntschaft mit dem eigentlichen Grunde der Krebsentwicklung voraussehen, dass eine befriedigende Antwort auf etwaige Fragen nach dem vermutheten Grunde der Umwandlung in den ein-

als der klinischen, vermuthlich von der bacteriologischen Seite zu erhoffen sein! —

Dagegen hat die Sammelforschung, abgesehen von ihrem Hauptzweck, andere wichtige klinische und pathologische Ergebnisse in ihrem Gefolge gehabt.

Klinisch hat sie nicht nur unsere Kenntniss einzelner Formen des Kehlkopfskrebses erweitert, nicht nur die verhältnissmässige Häufigkeit des Stimmbandkrebses etablirt, und unsere Aufmerksamkeit auf einige bisher wenig beachtete, jedoch für die Diagnose in den frühen Stadien wesentliche Symptome gelenkt, sondern vor allen Dingen die bisher durchaus nicht allgemein bekannte und gewürdigte Thatsache bekräftigt, dass bösartige Kehlkopfneubildungen, bisweilen fast bis zum Ende des Falles, vollständig unter dem laryngoskopischen Bilde gutartiger verlaufen können. Die Lehrbücher der Laryngologie dürften diese Thatsachen in Zukunft eindringlicher zu betonen, auf die klinische Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen des Kehlkopfs gründlicher einzugehen haben, als dies bisher für nothwendig gehalten worden ist.

Pathologisch hat die Sammelforschung der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente ihre richtige Stellung bei der Abwägung der diagnostischen Merkmale angewiesen — eine Stellung, die gleich weit entfernt von massloser Ueberschätzung wie von unverdienter Geringschätzung ist. Sie hat die Aufmerksamkeit auf die bisher — soweit der Kehlkopf betroffen ist — fast ganz vernachlässigten Mischgeschwülste gelenkt und hiermit auf die vielleicht[1]) wichtigste Fehlerquelle der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente hingewiesen. Sie hat auf's Neue gelehrt, dass nicht dem Pathologen, sondern dem Kliniker die Verantwortlichkeit für die Diagnose zukommt! — Denn nicht den Pathologen trifft die Schuld, wenn das Ergebniss seiner Untersuchung in Folge davon ein trügerisches sein sollte, dass die minimalen Stücke, die ihm zur Verfügung stehen, gerade nicht der schlimmen Stelle angehören. Wohl aber würde den Laryngologen mit Recht ein schwerer Vorwurf treffen, wenn er im blinden Vertrauen auf das mikroskopische Ergebniss etwaige Warnungen des klinischen Befundes und Verlaufes so lange in den Wind schlagen wollte, bis es zur Radicaloperation zu spät ist[2]). In welcher

---

schlägigen, zu berichtenden Fällen nicht würde gegeben werden können, dass der Herausgeber es bewusster Weise unterliess, eine bezügliche Frage in den Fragebogen aufzunehmen.

[1]) Einer ketzerischen Frage, die sich ihm beim Studium mancher Fälle der Sammelforschung, speciell der Beschorner'schen (vgl. Abschnitt VII., p. 481 u. ff., und X., 8), wiederholt aufgedrängt hat, muss der Herausgeber hier doch gedenken, auf die Gefahr hin, von seinen pathologischen Freunden gehörig abgekanzelt zu werden. Es ist die: Giebt es vielleicht eine gewisse Klasse von Fällen, welche histologisch täuschend Carcinomen gleichen und doch keine sind? Und umgekehrt: Giebt es vielleicht Fälle, welche nur klinisch, nicht aber histologisch die Charaktere der Bösartigkeit aufweisen? — — —

[2]) Vgl. über diesen Punkt auch Virchow's lichtvolle Auseinandersetzungen in seiner Arbeit: „Zur Diagnose und Prognose des Carcinoms". Archiv für pathologische Anatomie, Bd. CXI., Heft 1., Separatabdruck p. 15.

Weise in solchen zweifelhaften Fällen vorzugehen sein dürfte, haben wir zum Schlusse des V. Abschnittes zu skizziren versucht.

---

An die Frage der Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente knüpfen sich naturgemäss zwei andere an, deren Erledigung zu den nächsten Aufgaben der Laryngologie gehören dürfte, nämlich die Fragen:

1. Ist die intralaryngeale Entfernung von Fragmenten bei verdächtigen Fällen zu bloss diagnostischen Zwecken ein zulässiges Vorgehen?
2. Soll, falls das Mikroskop die krebsige Structur eines explorativ entfernten Fragmentes festgestellt hat, bei kleinen und anscheinend wohlbegrenzten Neubildungen der Versuch gemacht werden, dieselben intralaryngeal zu exstirpiren, ehe zur Laryngofissur und Entfernung der Neubildung durch die Wunde, resp. zur halbseitigen Kehlkopfexstirpation geschritten wird? —

Diese beiden, innig zusammengehörigen Fragen bilden in diesem Augenblicke ein streitiges Gebiet, auf welches weitere Erfahrungen Licht werfen müssen.

Wie unseren Lesern nämlich bekannt (vgl. Centralblatt IV, p. 367 und VI, p. 260), hat College D. Newman (Glasgow), dessen reiche Erfahrungen hinsichtlich des Kehlkopfkrebses und specielle, pathologische Studien des Krebses überhaupt ihn in ganz hervorragendem Maasse zu achtungsvollem Gehör in dieser Frage berechtigen, bereits wiederholt auf die Bedenklichkeit selbst anscheinend unbedeutender, intralaryngealer Eingriffe beim Kehlkopfkrebs hingewiesen und diese Bedenklichkeit durch selbsterlebte Fälle illustrirt. So fand er bei einem Falle (l. c.), in welchem vor der Vornahme der intralaryngealen Exploration die maligne Neubildung strikt auf den Kehlkopf beschränkt war, dass nur 10 Tage nach derselben eine Metastase in einer Lymphdrüse an der operirten Seite des Halses erfolgt war. — In einem anderen Falle erfolgte ein gleiches Ereigniss 17 Tage nach der Probeoperation. — Auf solche Erfahrungen gestützt, hat Newman den Satz aufgestellt: dass intralaryngeale Operationen bei Fällen vermutheten Kehlkopfkrebses nur dann vorgenommen werden sollten, wenn der Patient seine Zustimmung zur sofortigen Vornahme einer Radicaloperation gäbe, falls die mikroskopische Untersuchung der entfernten Fragmente die Diagnose der Malignität bestätigen sollte.

In einer ebenso durch Originalität wie durch Gründlichkeit ausgezeichneten Arbeit „Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung“ (Deutsche med. Wochenschrift 1889, No. 1—6), die während der Veröffentlichung der Ergebnisse der Sammelforschung erschienen ist, eine äusserst werthvolle Ergänzung derselben bildet, und von jedem Laryngologen im Original studirt werden sollte, tritt B. Fränkel den Ansichten Newman's gegenüber. Er erkennt an (l. c. Separat-Abdruck, p. 47), dass die Beobachtungen desselben alle Beachtung ver-

dienen würden, wenn solche Vorkommnisse häufiger beobachtet werden sollten. Vorderhand aber deutet er Newman's Beobachtungen nur als „ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen, welches dem Beobachter auffiel, weil er es kurz hintereinander zweimal erlebte.“ Lymphdrüsenschwellungen am Halse kämen bekanntlich beim Kehlkopfkrebs auch ohne einen endolaryngealen Eingriff vor. Um einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Schwellung und der Operation anzunehmen, dazu müsste das Zusammentreffen beider häufiger und in kürzerer Zeitfolge beobachtet werden. Die im Verhältniss zu der Häufigkeit des Eingriffs isolirte Beobachtung Newman's könne in der That hierfür nicht als vollgültiger Beweis dienen und für unser Handeln bestimmend werden.

Soweit dem Herausgeber bekannt, sind bisher keine weiteren Fälle veröffentlicht worden, welche die Newman'schen Beobachtungen bestätigt hätten, und er selbst hat niemals einen derartigen Zusammenhang zwischen intralaryngealen Probeoperationen bei bösartigen Kehlkopfneubildungen und Krebsmetastasen in benachbarten Lymphdrüsen wie den beschriebenen gesehen. Dagegen steht er selbst entschieden unter dem Eindruck, dass in verschiedenen seiner eigenen Fälle sich das Wachsthum der Geschwulst selbst nach der Probeoperation in einem schnelleren Tempo vollzogen hat als vorher, und er ist jedenfalls ganz sicher, dass er nie die von Fränkel (l. c. pp. 10 u. 18) gesehenen Heilungen der operativ gesetzten Wunden in Fällen, die sich als Krebs herausstellten, beobachtet hat. (Vgl. Abschnitt IV, p. 230.)

Die Beobachtung der Zunahme der Wachsthumsschnelligkeit von bösartigen Kehlkopfsgeschwülsten nach intralaryngealen Probeoperationen steht, seines Wissens nach, vollständig im Einklang mit den allgemeinen Ansichten der Chirurgen über die Folgen ungenügender, d. h. bloss theilweiser Entfernungen von Krebsen anderer Theile. Es erscheint als eine sehr einleuchtende Erklärung, dass die bei solchen Eingriffen unvermeidlich gesetzten Reize zu Hyperämie der anstossenden Theile führen und dass unter dem Einflusse dieser Hyperämie schnelleres Wachsthum der zurückgebliebenen Geschwulsttheile erfolgt. Fränkel selbst giebt eine solche Erklärung für die von ihm als bei Krebsen wenig geeignet bezeichnete Wirkung der Galvanokaustik zu. „Auch glaube ich beobachtet zu haben“, sagt er (l. c. p. 48), „dass zurückbleibendes Krebsgewebe unter dem Einfluss der Hyperämie, welche die Abstossung der Eschara begleitet, zu schnellerem Wachsthum gelangt.“ Sollte das nur für die Galvanokaustik und nicht ebenso gut für die anderen intralaryngealen Operationsmethoden gelten?

Die Sammelforschung hat diese wichtige Frage nicht entschieden. Obwohl der Verlauf verschiedener der berichteten zweifelhaften Fälle, die wir als wahrscheinlich primär bösartig anzusprechen hatten, darauf hindeutet, dass an die intralaryngealen operativen Eingriffe sich sofort ein rascheres Wachsthum der Geschwulst angeschlossen hat, so ist, wohl in Folge davon, dass der Herausgeber leider unterlassen hat, die Frage formell aufzustellen: ob ein solches schnelleres Wachsthum sich nach einfachen Explorativoperationen zu vollziehen pflege? — eine directe Antwort auf dieselbe nicht erfolgt, und nur College Max Schaeffer (Bremen) hat sie in einem Begleitbriefe bei Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens beiläufig berührt. Er schreibt nämlich: „Wenn ich zum

Zwecke der mikroskopischen Untersuchung Theile aus für bösartig angesprochenen Geschwülsten entnehme, dann beobachte ich allerdings etwas rascheres Umsichgreifen, Ulcusbildung." — Das stimmt also völlig mit den Erfahrungen des Herausgebers überein.

Die wichtige Frage, an welche sich im Falle bejahender Beantwortung die Unterfrage anschliessen würde, ob in Fällen, in denen die geheimnissvolle Tendenz zum Uebergange einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst schon vorhanden sei, diese Tendenz durch locale Eingriffe beschleunigt werden dürfte, bedarf, wie man sieht, noch dringend weiterer Klärung [1]). Sollten die Beobachtungen Newman's, Schaeffer's und des Herausgebers vielfach bestätigt werden, so dürfte der oben mitgetheilte Satz des ersteren allgemein angenommen werden müssen; sollten die günstigeren Erfahrungen Fränkel's von anderen Seiten Bekräftigung finden, so wären wir um eine grosse Verantwortlichkeit erleichtert.

Ganz ähnlich steht es mit der zweiten Frage: ob nach Feststellung der krebsigen Natur einer kleinen, anscheinend wohlbegrenzten Neubildung der Versuch gemacht werden solle, dieselbe intralaryngeal zu exstirpiren, ehe zur Radicaloperation von aussen geschritten würde? —

Bekanntlich hat B. Fränkel im Jahre 1886 auf dem Chirurgen-Congress zu Berlin einen Fall vorgetragen, den er als „Erste Heilung eines Larynxcancroids vermittelst Ausrottung per vias naturales" in Langenbeck's Archiv, Bd. XXXIV, Heft 2 ausführlich publicirt hat. Die Geschwulst wurde von ihm zum ersten Male im Jahre 1881 und nach viermaligem Recidiv zuletzt im Jahre 1884 per vias naturales, eine krebsige Lymphdrüse am Halse des Patienten durch äussere Operation von Prof. Madelung entfernt. Die mikroskopische Untersuchung sowohl der intralaryngealen Geschwülste wie der exstirpirten Lymphdrüse stellte die Diagnose auf Carcinoma keratoides über allen Zweifel fest. Seit 1884 ist der jetzt 77 Jahre alte Patient vollkommen gesund und kann mit lauter Stimme sprechen.

Seitdem hat Fränkel die Exstirpation des Kehlkopfkrebses per vias naturales noch 5 Mal versucht. Von diesen Fällen streicht er selbst den ersten, da ihm das fernere Schicksal des Patienten unbekannt geblieben ist. Von den übrig bleibenden 4 ist bei einem 68 Jahre alten Mann nach 2 Jahren ein Recidiv erfolgt, zwei Fälle sind, der eine dauernd, der andere seit 6 Monaten geheilt, und in dem vierten versagte das Verfahren, da nicht alle Tumormassen, namentlich nicht die subglottisch sitzenden, erreicht werden konnten. (Die Details sind in der ersterwähnten Arbeit Fränkel's, pp. 41—44 nachzulesen.)

Fränkel motivirt seine Empfehlung des endolaryngealen Verfahrens, das er, wie man sehen wird, nur für eine ganz gewisse Klasse von Fällen vorschlägt, folgendermassen (l. c. pp. 45—49):

„Dass das endolaryngeale Verfahren an sich Vorzüge hat, ist un-

---

[1]) Der Herausgeber ist, wie aus allem Vorstehenden leicht ersichtlich, geneigt, die Unterfrage bejahend zu beantworten. Prof. Oertel drückt sich in einem interessanten Briefe zweifelnd über dieselbe aus.

bestreitbar. Vor allen Dingen kann gar nicht bezweifelt werden, dass es für die Erhaltung der Function des Organes die grössten Chancen bietet. Dann aber wird der Patient dadurch nicht einmal einen Tag lang bettlägerig. Auch ist es gewöhnlich viel leichter, die Einwilligung des Patienten zu einer endolaryngealen Operation als zu einer blutigen Exstirpation zu erhalten, ganz besonders bei den Frühformen des Krebses, die hier allein in Frage kommen."

„Der einzige Nachtheil, der der endolaryngealen Methode nachgesagt werden kann, ist, wie dies Gottstein und Krönlein hervorheben, der Umstand, dass sie weniger sicher sein soll. Im Allgemeinen ist es der Tod einer Operationsmethode, wenn daneben eine sichere aufgestellt wird; in diesem speciellen Falle würde, auch wenn der Vorwurf der Unsicherheit ein begründeter wäre, sich doch immer noch ein Versuch mit dem endolaryngealen Verfahren lohnen."

„Denn der Patient wird dabei kaum in seinem Berufe gestört, wenn er sich des Sprechens dabei enthalten kann, und den anderen Operationsmethoden nichts vergeben. Gelingt das endolaryngeale Verfahren nicht, so kann sofort die partielle Exstirpation etc. stattfinden. Dass man auch endolaryngeal eine weit verbreitete Geschwulst ausrotten kann, beweist mein oben sub 4 mitgetheilter Fall. Wenn man wegen der verhältnissmässig geringen Ausrottung von Gewebstheilen Einwendungen erheben will, so kann man schliesslich nur die Totalexstirpation empfehlen. Die ist unzweifelhaft das sicherste Verfahren; sicherer, als die Exstirpation eines Stimmbandes oder die einer Kehlkopfhälfte, und doch wird Niemand eine Totalexstirpation vorschlagen, wenn nur ein Stimmband befallen zu sein scheint! Dass aber der Patient nach dem endolaryngealen Verfahren eine geraume Zeit seinen Kehlkopf einer ärztlichen Controle unterstellen muss, ist ein Nachtheil, der allen Methoden der Krebsoperation anhaftet, auch der partiellen oder halbseitigen Exstirpation."

„Ich halte aber das endolaryngeale Verfahren nicht für unsicher. Ich lasse für dasselbe ebenso, wie für jede Krebsoperation, als conditio sine qua non die Forderung zu, dass alles Krankhafte entfernt werden muss. Das endolaryngeale Verfahren ist deshalb nur dann zulässig, wenn das laryngoskopische Bild es wahrscheinlich macht, dass die Geschwulst per vias naturales in toto entfernt werden kann, und das, was zurückgelassen wird, durchaus gesund ist. Nur gegen solche Frühformen des Krebses, von denen zu vermuthen ist, dass sie mit demselben bis auf den letzten Rest zu entfernen sind, darf das endolaryngeale Verfahren angewandt werden. Denn jedes, auch das geringste Krebspartikelchen, welches zurückbleibt, macht ein Recidiv. Wenn die Chirurgen diese Methode für unsicher halten, so liegt dies zum Theil daran, dass ihnen Bilder vorschweben, wie sie ihnen bei der partiellen oder Totalexstirpation meist unter das Messer kommen, alte, weit verbreitete Krebse. Diejenigen Formen, bei denen die endolaryngeale Methode noch Erfolg verspricht, sehen die Chirurgen selten."

„Ich habe es erlebt, dass ein Chirurg, der sonst das endolaryngeale Verfahren gegen Krebs für unsicher hält, als ich ihm einen Fall von Larynxkrebs zur partiellen Exstirpation zuführte, beim Laryngoskopiren desselben mir sagte: „Das müssen Sie aber doch noch endolaryngeal entfernen können!" — was ich

leider verneinen musste. Es kommt dabei Alles auf die Auswahl der Fälle an! Im ulcerativen Zerfall begriffene Krebse z. B., oder Carcinome mit Unbeweglichkeit des Arytknorpels, kurz alle Fälle, bei denen ein erheblicheres Eindringen in die Tiefe zu vermuthen ist, würde ich nicht mehr endolaryngeal operiren. Dagegen ist das endolaryngeale Verfahren anwendbar in Fällen von Carcinoma polypoides von kleinerem Umfange, die so sitzen, dass sie endolaryngeal erreicht werden können, und ganz besonders in Fällen von Carcinoma diffusum."

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

„Was die Recidive nach dem endolaryngealen Verfahren anlangt, so sind dieselben local oder regionär, ebenso wie nach der Exstirpation durch Laryngofissur. Auch bei von aussen eröffnetem Kehlkopf ist die Grenze zwischen Gesunden und Kranken nicht leichter zu sehen, wie vermittelst des Kehlkopfspiegels. Wenn die Vorstellung vorhanden ist, dass nach dem äusseren Schnitt Recidive seltener eintreten, so liegt die Voraussetzung zu Grunde, dass dabei in weiterer Entfernung vom Kranken operirt werden kann, also relativ mehr gesundes Gewebe mit entfernt wird. Aus demselben Grunde haben die Recidive nach der Laryngofissur eine grössere Bedeutung, weil sie eine Wiederholung der Operation erschweren oder unmöglich machen. Recidive nach dem endolaryngealen Verfahren verändern gewöhnlich die Möglichkeit des operativen Eingriffs in keiner Weise. Es muss jedoch dabei jedesmal reichlich erwogen werden, ob noch ein weiterer Versuch mit dem endolaryngealen Verfahren gemacht werden kann, oder die Laryngofissur indicirt erscheint."

„Eine sehr bezeichnende Erscheinung ist es, dass manche an der selbst gestellten Diagnose Krebs zweifelhaft werden, lediglich deshalb, weil der Fall zur Heilung gelangt. Es ist anzunehmen, dass viele Laryngologen in ihren täglichen Notizen Fälle verzeichnet finden, in denen die Untersuchung von Kehlkopfgeschwülsten, die sie exstirpirt hatten, Carcinom ergeben hat, während sie später das Resultat der mikroskopischen Untersuchung in Zweifel gezogen haben, weil kein Recidiv erfolgte. Es hat eine Zeit gegeben, in der es mit der Tuberculose gerade so war. Wenn ein Geschwür heilte, so galt es nicht mehr als tuberculös, auch wenn es noch so typisch ausgesehen hatte. Das Vorkommen von Heilungen tuberculöser Ulcerationen ist erst dann allgemein zugegeben worden, als durch die Tuberkelbacillen ein Kennzeichen entdeckt war, welches jeden Zweifel hinfällig machte. Auch beim Krebs ist ein ähnliches Vorurtheil vorhanden. In den von mir mitgetheilten Fällen ist aber immer der mikroskopische Befund nur eindeutig gewesen. Fälle, in denen irgend ein Zweifel an der Richtigkeit der mikroskopischen Diagnose obwalten kann, habe ich von vornherein ausgeschlossen. Das mikroskopische Bild des Krebses ist aber so wohl gekennzeichnet, dass, wenn die betreffenden Fälle nicht mehr als Krebs gelten sollen, wir alle in Bezug auf das Carcinom noch einmal umlernen müssen."

„Wenn ich somit für eine beschränkte Anzahl von Frühformen des Krebses empfehle, dieselben endolaryngeal auszurotten, so bin ich mir der Verantwortlichkeit, die der Laryngologe dabei auf sich nimmt, voll und ganz bewusst. Ich ersuche meine Collegen, sich ebenfalls mit diesem Gefühl der Verantwortlich-

keit zu durchdringen, damit niemals ein Chirurg, der den betreffenden Fall später in Behandlung bekommt, dem Kehlkopfarzte den Vorwurf „zu spät" machen kann! Dieser Vorwurf würde dann berechtigt sein, wenn durch die Versuche der Ausrottung per vias naturales dem Krebs hinlängliche Zeit gelassen worden wäre, sich weiter zu verbreiten, so dass wichtige Theile des Kehlkopfs, z. B. Knorpel mit exstirpirt werden müssten, die vorher hätten erhalten werden können, oder gar wenn durch diese Versuche die richtige Zeit für die partielle Exstirpation verpasst worden wäre!" — —

Nach dieser wohldurchdachten, alle Eventualitäten in ihr Bereich ziehenden Motivirung wird sicher Niemand dem Autor den Vorwurf machen können, dass er seinen kühnen Vorschlag ohne die gewissenhafteste Erwägung vorgebracht habe. Und er ist zu demselben um so mehr berechtigt, als er sich nicht nur auf theoretische Erwägungen, sondern auf seine oben mitgetheilten, sicherlich ermuthigenden praktischen Ergebnisse stützen kann.

Auch stehen dieselben nicht vereinzelt da. Abgesehen von den Erfolgen bei der intralaryngealen Operation von Scroomen[1]) hat kürzlich Schnitzler[2]) einen völlig einwandfreien Fall von 20 Jahre hindurch bestehender Heilung eines Kehlkopfcancroids mittelst intralaryngealer galvanokaustischer Applicationen mitgetheilt, während der interessante Fall des Herausgebers, in welchem eine blosse Explorativoperation bei einem über 70jährigen Greise ganz unvermutheter Weise dauernde, jetzt schon seit $2^1/_2$ Jahren bestehende Heilung herbeiführte, in der Einleitung der Sammelforschung p. 134 (es ist der dritte dort erwähnte Fall) wie in seinem weiteren Verlaufe in der Novembernummer 1889 des Centralblatts, p. 261 kurz beschrieben worden ist.

Es liegen somit in diesem Augenblicke zum mindesten 6 Fälle vor, in denen Kehlkopfkrebse durch intralaryngeale Operationen dauernd geheilt sind[3]).

Wenn der Herausgeber nichts destoweniger und trotzdem, dass einer dieser Fälle ihm selbst angehört, seine gegenwärtige Stellung dem Vorschlage seines Freundes Fränkel gegenüber als eine durchaus abwartende bezeichnen muss, so ist der Grund folgender:

Trotz der Ausführungen Fränkel's Gottstein und Krönlein gegenüber kann er sich gegenwärtig noch nicht zu dem Glauben bekehren, dass das intralaryngeale Verfahren irgend welche Sicherheit bei Krebsen verspricht. Vortrefflich geeignet zur Entfernung von Auswüchsen von der Oberfläche bietet es keine Gewähr gründlicher Ausrottung aus der Tiefe. Nun ist es aber gerade das Characteristicum des krebsigen Processes gutartigen Neubildungen gegenüber, dass er sich nur theilweise auf der Oberfläche abspielt, theilweise aber, und

---

[1]) Vgl. z. B. den glänzenden Fall Schech's: Archiv für klinische Medicin, Vol. 16. 1875.

[2]) „Zur Frage der endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses." Internationale klinische Rundschau, No. 43 und 45. 1888.

[3]) Irrthümlicher Weise ist bei der Besprechung des Beschorner'schen Falles (vgl. X., 8) der Name J. Solis Cohen's unter Denjenigen genannt worden, die Fälle von Kehlkopfkrebs durch intralaryngeale Operationen zur Heilung gebracht haben. Dies Versehen sei hiermit berichtigt. Anm. des Herausgebers.

zwar gewöhnlich zum grösseren Theile, in die Tiefe der Gewebe eindringt. Es wird daher voraussichtlich nur in Ausnahmefällen möglich sein, ihn mittelst intralaryngealer Operationen radical auszurotten, ein Fall, wie der des Herausgebers, in welchem es gelang, die ganze Neubildung mit einem einzigen Zangengriff zu entfernen, wird als ein ganz besonderer Glücksfall zu betrachten sein. In manchen Fällen wird es schon während der Operationen ersichtlich werden, dass man nicht alles Krankhafte intralaryngeal zu exstirpiren vermag. und selbst wenn dies gelingt, wird man stets auf Recidive gefasst sein müssen, da wohl von keiner Seite bestritten werden wird, dass man niemals sicher sein kann, alles Krankhafte entfernt zu haben.

Nun wäre es ja an sich noch kein Unglück, wenn ein Recidiv erfolgte, vorausgesetzt, dass man dasselbe stets unter Controle behalten könnte. Aber abgesehen davon, dass es sowohl in der Privatpraxis wie in der poliklinischen oft grosse Schwierigkeiten haben dürfte, die Patienten nachher lange genug und oft wiederholt unter der absolut nothwendigen Controle zu halten, ist selbst damit ganz und gar nicht die Sicherheit gegeben, dass die Controle eine wirklich erfolgreiche ist!

Denn gerade darin unterscheiden sich die Ansichten des Herausgebers in dieser Frage von denen seines Freundes Fränkel. dass er es nach seinen eigenen Erfahrungen bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse in vielen Fällen für schlechterdings unmöglich hält, die Sachlage laryngoskopisch so genau zu überwachen, wie dies Fränkel im letzten, oben citirten Absatze seines Vorschlages fordert! —

Es hat auf den Herausgeber tiefen und jedesmal erneuten Eindruck gemacht. dass bei **allen** äusseren Radicaloperationen (Laryngofissur, partieller, totaler Kehlkopfexstirpation) zur Entfernung von Kehlkopfkrebsen, bei denen er gegenwärtig gewesen ist[1]), mit alleiniger Ausnahme des Falles des Mr. M. W., sich nach Eröffnung des Kehlkopfs die Neubildung **beträchtlich** weiter vorgeschritten zeigte, als man dies nach der laryngoskopischen Untersuchung erwarten konnte! — Und es handelte sich bei fast allen diesen Fällen nicht etwa um veraltete, dem laryngoskopischen Bilde nach weit verbreitete Krebse, sondern um solche Frühformen, dass vorausgesetzt werden konnte, dieselben würden nur eine wenig umfangreiche Radicaloperation erfordern!

Der Herausgeber kann sich in diesem Augenblick fünf solcher Fälle erinnern.

Darin liegt ja an sich nichts Wunderbares: immer von neuem muss hervorgehoben werden, dass der krebsige Process sich gewöhnlich nur zum kleineren Theil auf der Oberfläche abspielt; der grössere, der in die Tiefe dringende, entzieht sich naturgemäss oft nicht nur den Instrumenten des Laryngologen, sondern selbst der laryngoskopischen Beobachtung, zumal wenn er, wie leider nur allzuhäufig, im subglottischen Raume vor sich geht.

---

[1]) Die Fälle kamen theilweise in seiner eigenen Praxis, theilweise in der von Freunden vor.

Gerade hierdurch aber wird nach der Ansicht des Herausgebers das Bedenkliche in dem Fränkel'schen Vorschlage bedingt. Es wird oft absolut nicht gewährleistet werden können, dass das Recidiv resp. das Weiterfortschreiten des Processes in die Tiefe sich dem Auge des Beobachters zu einer solchen Zeit kund geben wird, dass noch eine weniger eingreifende, äussere Radicaloperation mit Aussicht auf Erfolg vorgenommen werden kann! So dürfte das verhängnissvolle „Zu spät" des Chirurgen öfters unvermeidlich werden! Bestätigen sich aber gar die Beobachtungen Schaeffer's und des Herausgebers und vor allen Dingen diejenigen Newman's (vgl. oben), so würden der verhältnissmässig geringen Chance dauernden Erfolges die Bedenken der operativ erzeugten direkten Verschlimmerung der Sachlage gegenüberstehen! —

Nun möchte aber der Herausgeber gerade an dieser Stelle um keinen Preis missverstanden werden. Es hat immer etwas sehr Missliches mit theoretischen Bedenken neuen aussichtsvollen Vorschlägen entgegenzutreten und möglicherweise den Fortschritt der Wissenschaft und der Therapie dadurch zu verzögern. Wie wir heute über die Bedenken lächeln, welche noch vor verhältnissmässig wenigen Jahren vielen segensreichen Operationen entgegengebracht wurden, die sich jetzt volles Bürgerrecht erworben haben — man denke nur an die Ovariotomie — so mag in wenigen Jahren die intralaryngeale Chirurgie des Kehlkopfkrebses so glänzende Resultate aufzuweisen haben, dass alle theoretischen Bedenken denselben gegenüber verstummen müssen. Niemand wird sich herzlicher über eine solche praktische Widerlegung seiner Befürchtungen freuen als der Herausgeber. Wie aber die Sachen jetzt stehen, schien es ihm geboten, bei einer Gelegenheit, wie der vorliegenden, mit einer Präcisirung seines gegenwärtigen Standpunktes nicht zurückzuhalten. Mögen die Erfahrungen der kühnen Laryngologen, welche ohne Zweifel Fränkel's Rathschläge in Thatsachen umsetzen werden, dazu beitragen, bald seine gegenwärtige Reserve in ebenso grosse Hoffnungsfreudigkeit zu verwandeln! —

---

Mit diesem Ausblick in die Zukunft schliesse unser Bericht über die Sammelforschung des Centralblattes. Die Theilnehmer an derselben werden sich ohne Zweifel durch die Ergebnisse derselben für die von ihnen aufgewendete Mühe genugsam belohnt fühlen. Der Herausgeber kann es sich aber nicht versagen, ihnen allen noch einmal an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank für die Bereitwilligkeit, mit welcher sie seinem Aufrufe nachgekommen sind, auszusprechen.

Die Sammelforschung hat gezeigt, was unsere Specialität „Viribus unitis" zu leisten vermag. Möge diese vereinte Thätigkeit in Zukunft noch viele schöne Früchte zeitigen!

---

# II. Referate.

## a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) **Rosenbach** (Breslau). **Ueber hysterisches Luftschlucken, Rülpsen und respiratorisches Plätschern im Magen.** *Wiener med. Presse. No. 14 und 15. 1889.*

Diese 3 Erscheinungen können durch Uebung auch willkürlich hervorgebracht werden, aber nur für kurze Zeit und mit grosser Anstrengung; bei den Hysterischen aber gehen sie manchmal stundenlang fort und erfolgen fast unwillkürlich. Dieses Uebermass von motorischer Leistung bei Schwäche des Willens ist eben das Wesentliche für die hysterischen Anfälle; die Therapie muss auf Kräftigung des Willens, sei es durch Erziehung oder Hypnose, gerichtet sein.

Rosenbach studirte nun diese Erscheinungen genauer und weist nach, dass sie auf einer Reihe höchst zusammengesetzter Muskelbewegungen beruhen: das Luftschlucken wird eingeleitet durch eine starke Erweiterung des Eingangs der Speiseröhre (Oeffnung des Mundes, Hebung und Vorziehung des Kehlkopfes) und durch Erweiterung der Speiseröhre selbst, indem man bei geschlossener Glottis starke Inspirationen macht. Dann folgt unter starker Contraction der Pharynxmuskeln eine plötzliche Exspiration, wodurch die im Oesophagus enthaltene Luft, die nach oben nicht entweichen kann, in den Magen getrieben wird.

Das Rülpsen kommt in derselben Weise wie bei gesunden Menschen zu Stande: der überfüllte Magen wird durch eine heftige Exspiration theilweise entleert, nachdem durch eine starke Inspiration die Speiseröhre geöffnet wurde.

Die von den respiratorischen Bewegungen abhängigen Plätschergeräusche im Magen kommen zu Stande, wenn der Magen stark mit Luft gefüllt ist und die Magenwände eine gewisse Schlaffheit besitzen. Macht dann das Zwerchfell energische Excursionen und wird der Magen durch Wirkung der Bauchpresse am Ausweichen nach unten gehindert, so wird der Magen von oben nach unten rhythmisch zusammengedrückt und die im oberen Theile enthaltene Luft mit Gewalt in die den unteren Magentheil erfüllende Flüssigkeit hineingetrieben, um bei der exspiratorischen Erschlaffung des Zwerchfells wieder nach oben zu treten. Dadurch entsteht ein längeres inspiratorisches Gurgeln und ein kürzeres exspiratorisches Plätschern.

Die Therapie muss besonders auf die Kräftigung des Willens des Kranken gerichtet sein; man muss ihm rathen, die Neigung zu den perversen Muskelbewegungen zu unterdrücken, muss die heftige Zwerchfellsathmung und die Spannung der Bauchmuskeln verbieten und auf das Schädliche dieser perversen Bewegungen aufmerksam machen. Auch starke electrische Hautreize sind oft nützlich. Da Rosenbach auf diese Art stets Heilung erzielte, kam er nie dazu, Hypnose anzuwenden, obwohl sie auch günstige Erfolge verspricht. CHIARI.

2) **Kaposi** (Wien). **Lupus und Tuberculose.** Klinischer Vortrag. *Wiener Allg. med. Zeitung. No. 7. 1889.*

K. bestreitet entschieden, dass Lupus eine Art der Tuberculose sei, und bezieht sich auch auf den Schleimhautlupus und die Schleimhauttuberculose. Die Tuberculose der Haut und Schleimhaut ist ja genugsam bekannt und liefert mehr oberflächliche, ausgezackte, flache Geschwüre mit wenig Reaction in der Umgebung, aber enormer Schmerzhaftigkeit. Im Munde veranlassen sie Salivation; eft findet man miliare Knötchen in der Umgebung der Geschwüre. Lupöse Geschwüre dagegen, Infiltrate und Knoten sehen anders aus und verlaufen anders. Der Nachweis einzelner Tuberkelbacillen bei Lupus ist nicht beweisend; endlich gelang die Einimpfung von Lupus noch niemals. CHIARI.

3) **Pospelow** (Moskau). **Ueber extragenitale Syphilisinfection.** *Arch. f. Dermat. u. Syphil. XXI. 1, 2. 1889.*

Die Gesammtzahl der in den Jahren 1878—1887 beobachteten Fälle von extragenitaler Syphilisinfection beträgt 198, von denen 1 auf das Zahnfleisch (Mann), 3 auf die Zunge (1 Mann und 2 Frauen), 46 Fälle auf den Rachen (14 Männer und 32 Frauen), 49 Fälle auf die Mundlippen (20 Männer und 29 Frauen) und 1 Fall auf die Nase (Mann) treffen. Auffallend ist die hohe Zahl der Infection per os der im Arbeiterstande und namentlich unter den Frauen vorkommenden extragenitalen Syphiliserkrankung. SEIFERT.

4) **Kamen. Nachweis von Syphilisbacillen im Sputum.** *Internat. klin. Rundschau. No. 10. 1889.*

K. gelang in einem schon (ibidem 1889, No. 2 u. 3) früher beschriebenen Falle von Lungensyphilis mit Zerfall der Nachweis der Syphilisbacillen theils nach der Methode von Giacomi, theils nach der von Lustgarten. K. giebt einige Details über die Färbung. CHIARI.

5) **Kaposi** (Wien). **Ueber die Combination von Lepra und Syphilis.** Gesellschaft der Aerzte in Wien. Demonstration in der Sitzung vom 21. Decbr. 1888. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 1. 1889.*

K. demonstrirt einen Kranken, welcher, seit Jahren an Syphilis leidend, vor circa einem Jahre an Lepra anaesthetica des rechten Unterarmes, der rechten Hand und der rechten Stirngegend erkrankte. Die Syphilis hatte Ankylose des linken Aryknorpels und Nekrose der Nasenknochen veranlasst. CHIARI.

6) **Kaposi** (Wien). **Lepra anaesthetica und Lues bei einem Patienten.** Demonstration auf dem I. Congresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Prag. *Prager med. Wochenschrift. No. 24. 1889.*

Es handelt sich um einen in der Gesellschaft der Aerzte in Wien demonstrirten Kranken, über den ich schon berichtet habe. (Vgl. vorstehendes Referat.)

Arning und Ehrmann halten die Diagnose auf Lepra nicht für sicher. CHIARI.

7) **Baracz** (Lemberg). **Uebertragbarkeit der Actinomycose vom Menschen auf den Menschen.** *Wiener med. Presse. No. 1. 1889.*

In 3 Fällen konnte B. leichte, acutere Formen dieser Erkrankung, welche

von cariösen Zähnen ausgegangen war. durch Spaltung des Abscesses dauernd heilen. Der zweite Fall ist deswegen interessant, weil hier die Uebertragung vom Munde eines an Actinomycose leidenden Mannes auf die Mundschleimhaut eines Mädchens stattfand; in den beiden anderen Fällen war die Aetiologie nicht sicher zu stellen. B. nimmt auch die Möglichkeit der Uebertragung des Pilzes durch Fliegen an. CHIARI.

8) **Fessler** (München). **Ueber Actinomycose beim Menschen.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 31. 1889.*

F. theilt 4 hierher gehörige Fälle mit. Der erste betraf ein 18jähr. Bauermädchen mit einer Geschwulst am rechten Unterkiefer, der spindelförmig verdickt war, auch die Weichtheile waren mitergriffen. Resection des Unterkiefers. Auffindung zahlreicher Actinomycesdrüsen. Die zwei anderen Fälle, welche F. auf der Bergmann'schen Klinik sah, betrafen die Weichtheile der Fossa canina. Der vierte Fall betraf wieder ein Mädchen mit diffuser harter Schwellung der rechten Unterkiefergegend, die unter bedeutenden Schmerzen zur Entwickelung gelangt war, was bekanntlich bei Actinomyose nur ausnahmsweise der Fall ist. SCHECH.

9) **Zwillinger** (Pest). **Einiges über Pemphigus der oberen Luftwege.** *Pester med.-chir. Presse. No. 15. 1889.*

Nach kurzem Hinweise auf die Literatur erwähnt Z., dass er öfters Pemphigus des Mundes, Kehlkopfes und der Nase beobachtet habe, häufig vor dem Pemphigus der Haut und manchmal auch bei schon bestehendem solchen. Im Munde sieht man die Blasen selten, weil sie schnell zerstört werden, dagegen häufiger an der Epiglottis und den Aryknorpeln. Seltener treten sie in der Luftröhre und den Bronchien auf. Sie machen Schmerzen beim Schlingen und manchmal Athembeschwerden. In der Nase veranlassen sie Verlegung derselben. Die Therapie besteht in Cocainbepinselung. CHIARI.

10) **Hirschler** (Pest). **Ein Fall von Pemphigus vulgaris.** Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte in Pest am 11. Mai 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 20. 1889.*

Auf der Haut sind nur einzelne bis bohnengrosse Blasen zu sehen; in viel grösserer Ausdehnung sind die Veränderungen im Munde, Rachen und Kehlkopfe zu constatiren, worüber Dr. Irsai besonders referirt. CHIARI.

11) **Carralero** (Madrid). **Phlegmone Ludovici bei einem 6jährigen Kinde. (Angina de Ludwig en un ninno de 6 annos.)** *Archivos de medicine y cirugia de los ninnos 1889. Anales de Obstetricia, ginecopatia y pediatria. Juni 1889.*

Verf., am 3. Tage herbeigerufen, findet ausser den bekannten örtlichen Erscheinungen eine Temperatur von 40,5°, Puls 120 und beschleunigte Respiration, verordnet eine Mixtur von Chinin, Malagawein und Syrup, alle 2 Stunden einen Löffel voll, Gurgeln mit Eibischabkochung, 2—3malige Ausspülung mit Kalkwasser, Leinsamenumschläge auf den Hals, Malven- und Veilchenthee zum Getränk und alle 3 Stunden Fleischbrühe mit Jerezwein. Nach einigen Tagen

statt des Eibischgurgelwassers Pulverisirung einer Lösung von chlorsaurem Kali. Am 9. Tage Oeffnung des Abscesses links vom Zungenbein; Drainirung. Am folgenden Tage dasselbe rechterseits. Allmälige Heilung, so dass am 18. Tage nur noch eine Fistel bleibt. SENTINON.

12) Ziem. **Zur Lehre von der Parotitis.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. No. 7. 1889.*

Auf Grund einer Beobachtung wirft Z. die Frage auf, ob Parotitis nicht auch bei eitrigen Nasencatarrhen oder Kieferhöhlenempyem in Folge von Verschleppung des Giftstoffes durch die Lymphbahnen auftreten könne. Ferner beobachtete Z. bei Parotitis Einschränkung des Gesichtsfeldes und erklärt dasselbe durch die Rückstauung nach der Orbita und dem Bulbus. SCHECH

## b. Nase und Nasenrachenraum.

13) J. M. Neumann (Pest). **Bemerkungen über die Nebenhöhlen der Nase.** Gesellschaft der Aerzte in Pest. 9. März 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 11. 1889.*

N. machte Versuche an abgeschnittenen und zersägten Köpfen, indem er Wasser in die Nase bei Seitenlage des Kopfes goss. Unter 18 Fällen drang dasselbe nur 3mal in die Highmorshöhle, ohne dass man eine Gegenöffnung gemacht hatte; 2mal war das Ostium maxillare sehr gross und nicht gedeckt und in dem 3. positiven Falle fand sich ein erbsengrosses accessorisches Ostium maxillare, durch welches das Wasser eindrang. In allen anderen 15 Fällen konnte das Wasser erst eindringen. nachdem man die Kieferhöhle an einer anderen Stelle angebohrt hatte. Es ist deshalb zur wirksamen Ausspülung der Highmorshöhle ihre chirurgische Eröffnung fast immer nöthig. In Stirn- und Keilbeinhöhlen gelangte niemals durch blosses Eingiessen selbst bei allen möglichen Lageveränderungen des Kopfes Flüssigkeit hinein. Es bleibt deshalb bei Empyema der Nebenhöhlen nur übrig, sie zu eröffnen, wie das bisher geschah. Selbst die Keilbeinhöhle wurde schon von Schaeffer eröffnet, was aber Neumann nicht zu wissen scheint. Mit Recht verwirft auch N. Störk's Methode, mit einer Spritze in die natürliche Oeffnung der Highmorshöhle einzudringen, als ungenügend und oft unmöglich. CHIARI.

14) Bresgen. **Zur Behandlung der Eiterung der Nebenhöhlen der Nase, insbesondere der Oberkieferhöhle und deren Probeeröffnung.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 4. 1889.*

Reclamation der Priorität des Auspumpens der Nebenhöhlen gegenüber Schmidt's Empfehlung des Krause'schen Troicarts. LANDGRAF.

15) Schwartz (Gleiwitz). **Empyem der Highmorshöhle.** Verhandlungen des Vereins deutscher Aerzte des Oberschlesischen Industriebezirks. 12. 1888. *Breslauer ärztl. Zeitschrift. 3. 1889.*

Schw. spricht über den Zusammenhang von Hemicranie, nervösen Zuständen

des Herzens und chronischem Magencatarrh mit Empyem der Highmorshöhle, welches durch cariöse Zähne veranlasst wurde. In einem Falle, in welchem ein derartiger Zusammenhang bestand, wurde durch Punction der linken Highmorshöhle von dem Alveolus des extrahirten cariösen I. Molaris aus Heilung erzielt.

SEIFERT.

16) **Jelenffy** (Pest). **Ueber die Ausspülung der Highmorshöhle.** Gesellschaft der Aerzte in Pest. 16. Februar 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 8. 1889.*

J. bespricht ein Verfahren, die Highmorshöhle ohne künstliche Eröffnung derselben, nur mit Hilfe von Lageveränderungen des Kranken, hinreichend auszuspülen. Neumann und Klinger bezweifeln die Ausgiebigkeit dieser Ausspülungen, da man ja jetzt allgemein diese Höhle künstlich eröffne, um sie genügend ausspülen zu können.

CHIARI.

17) **Onódi** (Pest). **Die Ausspülung der Nebenhöhlen der Nase.** Gesellschaft der Aerzte in Pest. 16. März 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 12. 1889.*

O. demonstrirt Präparate, aus denen hervorgeht, dass die Ausspülung der Highmorshöhle manchmal ohne künstliche Eröffnung gelingt, häufig aber nicht, da nicht immer gleiche Verhältnisse obwalten. Führt sie nicht zum Ziele, so bleibt nur die Eröffnung auf chirurgischem Wege übrig.

CHIARI.

18) **Prochnow** (Pest). **Zwei Fälle von Ausdehnung des Sinus frontalis.** Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte in Pest am 18. April 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 16. 1889.*

Der eine Kranke zeigt eine über zweifaustgrosse Ausdehnung des rechten Sinus, welcher nach aussen durch eine kreuzergrosse Lücke offen steht.

Der zweite Kranke hat eine geringere Ausdehnung des rechten Sinus.

CHIARI.

19) **Weinlechner** (Wien). **Demonstration eines durch Trepanation entfernten Cholesteatoms der Stirnhöhle.** K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 8. Februar 1889. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 7. 1889.*

Ein 45jähr. Mann wurde von W. wegen Eiterung aus der linken Stirnhöhle operirt; die Anamnese ergab, dass der Kranke im 8. Lebensjahre einen Fall auf die linke Stirnhälfte erlitt und dass seitdem die linke Stirnhälfte vorgewölbt war. Seit 12 Jahren traten täglich Schwindelanfälle mit Zwangsbewegungen nach rechts und Paraesthesien der Arme auf. Vor 4 Monaten entstanden heftige Kopfschmerzen und Schwellungen der linken Stirnhälfte und des linken oberen Augenlides, und etwas später eine Geschwulst am linken Stirnhöcker, die bei ihrer Incision Eiter entleerte. W. trepanirte die vordere Wand der Stirnhöhle und entleerte nebst Eiter 8 Cubikcentimeter von blätterig-scholliger Cholesteatommasse; die hintere Wand der Höhle bestand aus rother, wulstiger Schleimhaut ohne Knochen. Die Gehirnpulsationen liessen sich deutlich an dieser Wand sehen. Die Heilung erfolgte anstandslos, nachdem sich auch die Verbindung mit der Nasenhöhle hergestellt hatte, innerhalb einiger Wochen; Kopfschmerzen und Anfälle schwanden fast ganz. W. glaubt, dass das Cholesteatom in Folge von Eindickung des Eiters entstand. Billroth dagegen nimmt an, dass sich ur-

sprünglich ein Cholesteatom an der Schädelbasis entwickelte, welches erst später in die Stirnhöhle wucherte und daselbst die Eiterung veranlasste. CHIARI.

20) **Gellé. Die Bursa pharyngea. (Bourse pharyngienne.)** *La Tribune medicale. 18. April 1889.*

Der Autor stellt ein Präparat des Pharynx dar, an dem die Luschka'sche Bursa pharyngea deutlich zu sehen ist. Man kann also die Tornwaldt'sche Krankheit nicht ohne Weiteres verneinen, wenn man sie auch nicht gerade als häufig anzusehen braucht. E. J. MOURE.

21) **Suchanneck** (Zürich). **Anatomische Beiträge zur Frage „über die sogen. Bursa pharyngea".** *Zeitschrift f. Ohrenheilk. XIX. 3. 1889.*

S. kam in die glückliche Lage, einen Fall von Persistenz des Hypophysenganges zu untersuchen. Das Präparat, das von einem an Diphtherie verstorbenen 4jähr. Mädchen stammte, zeigte, dass es sich um eine reine Hemmungsbildung, um eine Persistenz des Rathke'schen Hypophysenganges handelt und bewies, dass beim Menschen die Hypophysis von der Rachenschleimhaut aus sich bildet, aber mit der sogen. Bursa pharyngea, die gegen 2 Ctm. weiter nach unten zwischen den beiden medianen Wülsten der gut ausgeprägten Rachentonsille lag, nichts zu thun hat.

Bezüglich der anatomischen Dignität der Bursa pharyngea steht S. auf dem Standpunkt von Schwabach, dass diese Tasche nichts anderes als die mittelste, durch pathologische Veränderungen umgestaltete Spalte der Tonsilla pharyngea darstellt. SEIFERT.

22) **Ziem. Entgegnung auf die Abwehr des Herrn Suchanneck.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. 12. 1889.*

Polemischer Artikel, der nur für die Betheiligten Interesse hat und durch seine Derbheit auffallen dürfte. SCHECH.

23) **P. Raugé** (Nice). **Die Tornwaldt'sche Krankheit und die Bursa pharyngea. (La Maladie de Tornwaldt et la bourse pharyngée.)** *Le Bulletin méd. 13. Januar 1889.*

Der Verf. sucht zu erweisen, dass es keine Bursa pharyngea giebt und dass es in Folge dessen nicht möglich ist, eine besondere Beschreibung oder eine eigene Pathologie derselben aufzustellen. E. J. MOURE.

24) **Kafemann** (Königsberg). **Der Catarrh des Recessus pharyngeus medius (Bursa pharyngea — Thornwaldt'sche Krankheit), seine Bedeutung und vereinfachte chirurgische Behandlung.** Wiesbaden, Bergmann. 1889.

K. stellte sich zur Aufgabe, Umschau zu halten über die bis jetzt vorliegenden klinischen Bestätigungen der Tornwaldt'schen Angaben über die Erkrankungen der Bursa pharyngea und dann ein vereinfachtes, bei genügenden rhinoscopischen Vorkenntnissen leicht auszuführendes Heilverfahren anzugeben. Verf. stimmt mit Schwabach überein, indem er annimmt, dass es eine Bursa pharyngea im Sinne von Luschka nicht giebt, dass die Einsenkung, welche sich am Rachendach findet, das Ende der an allen normalen Rachentonsillen vor-

handenen mittleren Furche ist. Die Behandlung besteht in der gründlichen, ev. öfters zu wiederholenden Auskratzung der erkrankten Theile der Tonsilla pharyngea mit mehreren zu diesem Zwecke construirten scharfen Löffelchen und sofort der Operation folgenden Applicirung von Chromsäure oder Höllenstein mittels einer entsprechend gekrümmten Sonde.

Die Ausführungen des Verf.'s werden illustrirt durch eine Reihe auserwählter Krankengeschichten. SEIFERT.

25) **Siebenmann** (Basel). **Ein zweiter Fall von Schimmelmycose des Rachendaches.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. No. 4. 1889.*

Der erste Fall von Aspergillusmycose wurde von P. Schubert im Arch. f. klin. Med. Bd. 36 beschrieben, der zweite stammt von Siebenmann. Er fand am Rachendache einer 75jähr. Frau Borken von Aspergillus fornigatus und sidulans, sowie Mucor corymbifer. Die Lunge war frei. Die Seltenheit der Schimmelmycosen im Rachen erklärt sich daraus, dass Aspergillen auf schleimüberzogenen Schleimhäuten nicht wachsen und auch faulende Secrete, sowie Geschwürsflächen ein ungeeignetes Substrat für Schimmelpilze abgeben. SCHECH.

26) **V. J. Yaunez** (Sevilla). **Vorbeugung des Nasen-Rachencatarrhs nach einer eigenen Methode. (Tratamiento profiláctico del catarro naso-faringeo según proprio método.)** *Revista méd. de Sevilla. 15. Jan. 1889.*

Die eigene Methode läuft auf den Vorschlag hinaus, das Niesen zu vermeiden, zu welchem Zwecke Verf. anräth, tief durch den Mund ein- und gewaltsam durch die Nase auszuathmen, oder auch Muskelcontractionen auszuführen, um der Uebertragung der Schleimhautempfindung auf die Nervencentren zuvorzukommen; wenn aber das Niesen unvermeidlich ist. so soll es wenigstens bei offenem Munde geschehen. Dadurch wird die Erschlaffung der Nasenschleimhautgefässe verhütet und der Hyperämie vorgebeugt, die ihre Ursache im Anprall der Luftsäule gegen die Nasenschleimhaut haben soll. Doch soll man dabei nicht die sonst üblichen hygienischen Massnahmen versäumen. GONGORA.

27) **Siebenmann** (Basel). **Der chronische Catarrh des Cavum pharyngo-nasale und die Bursa pharyngea.** Vortrag in der med. Gesellschaft von Basel. *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 12. 1889.*

Die hauptsächlich anatomische, theilweise aber auch klinische Arbeit enthält manches Interessante. Erstens trägt der Verf. durch genaue Untersuchungen an 50 Leichen nach dem Vorgang von Ganghofner, Schwabach, Wendt und Suchannek zur Aufklärung darüber bei, dass die Bursa pharyngea eben nur eine Spalte der Rachentonsille und kein selbstständiges Gebilde im Sinne Luschka's und Tornwaldt's sei. Die reine Form der Rachentonsille weist er schon beim Fötus und bei jungen Kindern nach, während sie eben später durch Entzündungen und Hypertrophie vielfach verändert werde.

Nicht übel ist seine Erklärung von dem häufigen Schleimbelag des oberen Theiles der hinteren Rachenwand, welcher an dieser unbeweglichen Stelle von den beweglichen Theilen der Rachenwandungen gleichsam „zusammengewischt" werde. Ferner erweitert er die Indicationen zur Entfernung der Rachentonsille,

indem er anatomisch vollständigen Verschluss der Tuben durch dieselbe, klinisch Ohrschmerzen in Folge strangartiger Verwachsungen derselben mit den Tubenwülsten und 1—2 tägige Fieber bei Kindern in Folge von Affectionen ebenderselben nachzuweisen Gelegenheit hatte. Die Behauptung, dass schon leichtere Formen der adenoiden Vegetationen gewöhnlich mit Hypertrophien des vorderen und hinteren Endes der Muscheln verbunden seien und dass diese nach Entfernung der Vegetation oft von selbst verschwinden, gehört auch hierher, ist aber wohl zu allgemein gefasst. Vollkommen recht hat Verf., wenn er das Herumätzen an der kranken Rachenmandel ganz verwirft und nur die Entfernung derselben empfiehlt. JONQUIÈRE.

28) **Schwendt** (Basel). **Ueber die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes.** Vortrag in der med. Gesellschaft zu Basel. 4. X. 1888. *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 3. 1889.*

Schw. giebt von den verschiedenen zur Radicaloperation empfohlenen Instrumenten den zangenförmigen den Vorzug, da bei deren Gebrauch ein Herabfallen der entfernten Gewebsstücke in den Kehlkopf vermieden werden könne. In der Discussion macht Prof. Roth Mittheilung über den Sectionsbefund eines an Mening. tuberculosa verstorbenen Mädchens, wo der tuberculöse Process in der Rachentonsille seinen Anfang genommen und von hier durch den Knochen des Rachendaches auf die Meningen übergegriffen hatte. SEIFERT.

29) **Krakauer. Zur Operation der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 5. 1889.*

K. hat sich ein Instrument, Vegetationsschaber, construirt, welches, mit breiter Klinge versehen, gestattet, in 2. höchstens 3 Zügen die ganze Masse der Wucherungen zu entfernen. (Instrumentenmacher Tasch, Oranienburgerstr. 27. 3,50 Mk.) LANDGRAF.

30) **Eust. Urunnuela** (Madrid). **Ueber die drüsenartigen Gewächse des Nasenrachens. (De los vegetaciones adenóideos de la faringe nasal.)** *Revista di laringol., otol. y rinol. März 1889.*

Ausführliche theoretisch-praktische Darstellung des Gegenstandes in Bezug auf pathologische Anatomie, Klinik und Therapie, wobei Verf. sein Urtheil auf 50 von ihm selbst in den letzten 5 Jahren beobachtete Fälle stützt. (Bei der grossen Ausdehnung des Beobachtungsfeldes des Verf. beweisen diese Ziffern, dass bei uns in Spanien die Adenoidgewächse lange nicht so häufig sind als in verschiedenen Gegenden Nordeuropas. Ref.) GONGORA.

31) **Corrado Corradi** (Verona). **Ein Instrument zur Behandlung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum.** *Arch. f. Ohrenheilk. 28. 1. 2. 1889.*

Das Instrument besteht aus polirtem Eisen, hat die Form eines Fingerhutes, der auf die Spitze des Zeigefingers aufgesetzt wird, und liegt der breitere Theil auf dem Nagel. Dieser Theil ist so von Löchern durshschlagen, dass der Rand derselben nach aussen scharf und zackig wie bei einem Reibeisen ist. Um nicht

abzugleiten, ist das Instrument an einem Faden zu befestigen. Das erkrankte Gewebe wird mit dem Instrument zerquetscht und dadurch mortificirt. SEIFERT.

32) **John Bark** (Liverpool). **Nasenrachenraumpolypen mit der Froschgesicht-Deformität. (Naso-pharyngeal polypi with frog-face deformity.)** *Liverpool Med. Chir. Journ. Juli 1889.*

Die Polypen, die rein nasale, nicht naso-pharyngeale gewesen zu sein scheinen, wurden durch eine ziemlich bedeutende äussere Operation entfernt. Ein Versuch, mit der Schlinge zu operiren, scheint gar nicht gemacht worden zu sein. In der darauf folgenden Discussion machte Hunt einige erläuternde Bemerkungen; er erhielt darauf eine Antwort, die mehr scharf als überzeugend gewesen zu sein scheint. P. M'BRIDE.

33) **Heurtaux. Polyp des Nasenrachenraums. (Polype naso-pharyngien.)** Soc. anat. de Nantes in: *Gaz. méd. de Nantes. 9. Jan. u. 9. Mai 1889.*

Der Polyp wird durch die Nase entfernt; Adhäsionen in der rechten Nasenhöhle, Tamponade; Tod durch Septicämie am 12. Tage. E. J. MOURE.

34) **L. Poisson. Bericht über einen Fall von fibrösem Polypen des Nasenrachenraums. (Note sur un cas de polype fibreux naso-pharyngien.)** *Gaz. méd. de Nantes. 9. März 1889.*

Der Kranke war 17 Jahre alt; die Geschwulst in der Grösse einer Orange mit einer Verlängerung in die Nase hinein, wurde vom Gesicht aus ohne Kieferresection operirt. 5 Recidive folgten; beim 5. Male blieb die Neubildung stehen und fiel einer allmäligen Atrophie anheim. E. J. MOURE.

35) **Allard. Voluminöser Nasenrachenpolyp. (Polype naso-phayngien volumineux.)** *La Presse méd. Belge. No. 2. 1889.*

Vom Autor wird in der anatomopathologischen Gesellschaft von Brüssel ein voluminöser Nasenrachenpolyp vorgezeigt, welcher auf der Abtheilung von Tirifahy operirt worden war. BAYER.

36) **M. Braun** (Triest). **Blutlose Operation eines Nasenrachenpolypen. — Nach 5 Tagen starke Haemorrhagie. Bellocque'sche Jodoformgaze. — Tamponade mit nachträglicher Galvanocaustik. Vollständige Heilung.** *Intern. klin. Rundschau. No. 11. 1889.*

Der Tumor wurde mit der kalten Drahtschlinge von vorn her abgeschnürt. Sonst giebt der Titel den Inhalt wieder. CHIARI.

37) **Kausmelt** (Giebichenstein). **Ein Beitrag zur Beurtheilung der klinischen Nasenrachenpolypen.** Inaug.-Dissert. Würzburg. 1888.

Fall von Nasenrachenpolyp bei einem 19jähr. Manne, der in verschiedenen Sitzungen theils mit dem Ecraseur, theils mit dem Galvanocauter entfernt wurde. SEIFERT.

38) **E. T. Heiberg** (Dänemark). **Resectio maxillae sup. osteoplastica.** *Ugeskrift for Laeger. XIX. No. 21. 6. April 1889.*

Ein 11jähr. Knabe wurde am 20. August 1888 ins Spital aufgenommen.

Es wurde eine ziemlich harte Geschwulst, die bei Berührung stark blutete, im linken Nasenloch gefunden. Dieselbe erstreckte sich nach hinten bis in den Nasenrachenraum, der theilweise von der Neubildung ausgefüllt war. Es wurde Tracheotomie gemacht und nachher mittelst Scheere und stumpfen Instrumenten durch das gespaltene Nasenloch und das Velum palatinum so viel von der Neubildung weggenommen, dass die Passage durch die Nase retablirt wurde. Am 14. Januar 1889 wurde wegen Recidivs eine osteoplastische Resection des Oberkiefers mit Erhaltung des Proc. alveolaris gemacht und die Geschwulst exstirpirt. Der Patient wurde am 30. Januar entlassen und hat sich bis zur Zeit der Publication wohl befunden. Die mikroscopische Untersuchung ergab ein Fibrosarcom. SCHMIEGELOW.

39) **Ch. Goris** (Brüssel). **Schlingenträger für den Nasenrachenraum zur Entfernung von Nasenrachentumoren. (Porte-laco rétro-nasal pour l'enlèvement des tumeurs naso-pharyngiennes.)** Communication faite à l'Académie Royale de Méd. de Belgique; Séance du 27. avril 1889.

Schlingenträger nach dem Modell des von Hyermann in der Geburtshülfe eingeführten Instrumentes, wodurch das Manöver der Umlegung der Schlinge für den Operateur leichter und für den Patienten weniger unangenehm gemacht werden soll. Der Autor hat dasselbe in mehreren Fällen erprobt. Dasselbe scheint sehr praktisch zu sein. BAYER.

## c. Mundrachenhöhle.

40) **W. H. Bennett** (London). **Doppelseitige Ankylose des Unterkiefers. (Bilateral ankylosis of inferior maxilla.)** *Brit. Med. Journal. 4. und 18. Mai 1889.*

Demonstration des nach doppelseitiger Excision der Kieferwinkel von seiner rheumatischen Ankylose geheilten Patienten am 26. April 1889 vor der Clinical Society of London. Alle anderen Mittel waren vergeblich gewesen. Nach der Operation war ein beträchtlicher Grad sowohl von verticaler wie von lateraler Beweglichkeit des Unterkiefers vorhanden. — Am 10. Mai folgte ein ausführlicher Vortrag und Discussion in der Clinical Society über den Fall, welche im Brit. Med. Journal vom 18. Mai veröffentlicht sind. Wir müssen Interessenten behufs des Details auf das Original verweisen, da der Gegenstand unserem eigentlichen Gebiete ziemlich fern liegt. SEMON.

41) **Waroux. Anthrax der Oberlippe, complicirt mit Phlebitis und Meningitis. Tod. (Anthrax malin de la lèvre supérieure. Complications de Phlébite et de Méningite. Mort.)** *Arch. Méd. Belg 1889.*

An der rechten Oberlippe 5 kleine Furunkel zur Bildung eines Anthrax sich vereinigend. Es scheint eine Infection vorzuliegen, welche in der Nase ihren Ursprung genommen hat. Es war Nasenbluten vorausgegangen. BAYER.

42) Clemens. **Die Vernachlässigung der Mundhöhle und des Rachens am Krankenbett und in den Krankenzimmern. Ein Beitrag zur Prophylaxis der Infectionskrankheiten.** *Allgem. med. Central-Zeitung. No. 29 und 30. 1889.*

Dem Ref. nicht zugänglich. SEIFERT.

43) **Frühwald** (Wien). **Ueber Stomatitis ulcerosa.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXIX. 2. 1889.*

Fr. theilt 11 Fälle von Stomatitis ulcerosa bei Kindern mit, die Mehrzahl derselben wurde zu bacteriologischen Untersuchungen verwendet, Leptothrix und Spirochätenformen konnten nicht auf Gelatine oder Agar cultivirt werden (werden wohl auch nur auf Kartoffeln gelingen, Ref.). Ein Bacillus, der intensiven fötiden Geruch entwickelte und offenbar einer fäulnisserregenden Bacterienart angehört, untersuchte Fr. genauer. Fr. vermuthet, dass durch das Eindringen dieses Pilzes in die Mundhöhle eine Gährung der in der Mundhöhle oder in cariösen Zähnen zurückgebliebenen eiweisshaltigen Substanzen veranlasst werde, wodurch es zu entzündlichen Reizungen des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut kommt. Secundär kann dann bei ausgebreitetem und massenhaften Wachsthum dieser Bacterienart eine sogen. putride Intoxication durch Ptomaïnbildung entstehen, welche durch Resorption auf den Organismus schädigend einwirken kann. SEIFERT.

44) **Llewellyn Eliot. Gangränöse Stomatitis; eine neue Behandlungsweise derselben. (Stomatitis gangrenosa; a new treatment.)** *Med. and Surg. Reporter Phil. 23. Febr. 1889.*

Die Behandlung besteht in innerlicher Darreichung von Kali chloricum und Eisenchlorid mit Chinin, Stimulantien und localer Anwendung von Causticis — Salzsäure wird bevorzugt; ferner Application einer starken Sublimatlösung (0,06 Grm. auf 30,0 Wasser) auf die kranken Schleimhautpartien 2 mal täglich, bis die Eschara entfernt ist, dann das Sublimat in dünner Lösung (1 : 2000) als Mundwasser. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

45) **Klaus Haussen** (Norwegen). **Lupus mit Eis behandelt. (Lupus behandlet med Is.)** *Medicinsk Revue. Mai 1889.*

H. theilt einen Fall von Lupus mit, in dem er nach Gerhardt's Vorschlag die Kältebehandlung anwandte. Es handelte sich um eine Frau mit einem lupösen Ulcus, das das linke Viertel der Unterlippe und später die ganze Hälfte der Lippe einnahm. Trotz des Gebrauchs verschiedener Aetzmittel recidivirte der Process wiederhelt und die Behandlung war wegen grosser Hyperästhesie sehr beschwerlich. Schliesslich wurde ein Eisbeutel 3 Stunden lang Morgens und Abends angewandt, und der Process heilte in wenig Wochen. Kein Recidiv in 3 Monaten. SCHMIEGELOW.

46) **W. G. Spencer** (London). **Bildung von Schleimcysten des Mundes. (Formation of mucous cysts of mouth.)** *Brit. Med. Journ. 23. Febr. 1889.*

Der am 19. Februar 1889 vor der Pathol. Society of London gehaltene Vortrag eignet sich nicht zu einem kürzeren Referate. Er beschreibt in eingehendster

Weise die Bildung der ursprünglichen Retentions- und weiterer secundärer Cysten des Mundes, der Lippen etc. Interessenten müssen auf das Brit. Med. Journ. resp. auf das im nächsten Bande der Path. Soc. Trans. erscheinende Original zurückgehen. SEMON.

47) **Devos. Sublinguale Dermoidcyste. (Kyste dermoide sublingual.)** *La Presse med. Belge. No. 2. 1889.*

Vorzeigen einer sehr voluminösen congenitalen sublingualen Dermoidcyste, welche von Thiriar operirt worden war, in der anatomopatholog. Gesellschaft von Brüssel. BAYER.

48) **Eckhard. Die Speichelsecretion bei Reizung der Grosshirnrinde.** *Neurol. Centralbl. VIII. 3.*

Dem Ref. nicht zugänglich. SEIFERT.

49) **Güder** (Coppet). **Fistel des Ductus Stenonianus. (Un cas de fistule du canal de Stenon.)** *Revue méd. de la Suisse roman. etc. No. 9. 1889.*

Langer Messerschnitt durch die Wange, doch so, dass die Schleimhaut unverletzt ist. Exacte Naht und Drain. Speichelfistel. Nach einer Aetzung mit Lapis Heilung. Verf. kennt aus der Literatur nur 16 Fälle von Fisteln des Ductus Stenonii. JONQUIÈRE.

50) **Joachim** (Berlin). **Angewachsenes Zungenbändchen (Anchyloglosson).** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXIX. 2. 1889.*

Die 3 Kinder einer Frau kamen mit abnorm langem Zungenbändchen zur Welt, es reichte dasselbe bis nahe an die Zungenspitze heran. Da das Saugen dadurch behindert war, löste J. das Frenulum mit der Cooper'schen Scheere, ohne stärkere Blutung zu bekommen. SEIFERT.

51) **Marmaduke Sheild** (London). **Ulceration der Zunge, durch Opium geheilt. (Ulceration of tongue cured by Opium.)** *Brit. Med. Journ. 2. März 1889.*

Demonstration des 56 jährigen Patienten vor der Med. Society of London am 25. Februar 1889. Ursache der obstinaten Ulceration an den Zungenrändern und am Zahnfleisch obscur. Syphilis ausgeschlossen. Fehlschlagen aller anderen Mittel. Rapide Heilung nach Darreichung von Opium (0,06 dreimal täglich). — Der Präsident (Sir William Mac Cormac) und Dr. Theod. Williams bestätigten die gute Wirkung des Opiums in gewissen hartnäckigen Fällen. SEMON.

52) **Thomas Barlow** (London). **Hemiatrophie der Zunge. (Hemiatrophy of the tongue.)** *Brit. Med. Journ. 4. Mai 1889.*

Demonstration eines Kindes mit Spondylitis der Halswirbel und rechtsseitiger Zungenatrophie vor der Clinical Society of London am 26. April 1889. Das Leiden war die Folge eines vor zwei Jahren stattgehabten Falles auf den Kopf. Auch geringe periphere Lähmungen, Schlingbeschwerden etc. schienen vorhanden zu sein. SEMON.

53) **Limbeck (Prag). Ein Fall von Hemiatrophia linguae.** *Prager med. Wochenschrift. No. 16. 1889.*

Eine 38jährige Frau leidet seit 7 Tagen an Halsschmerzen, Schlingbeschwerden und Heiserkeit und hat seit längerer Zeit Atrophie der rechten Seite der Zunge; eine undeutliche rasche Sprache hat sie schon seit Kindheit. Die rechte Zungenhälfte ist dünner, schmäler, gerunzelt, schlaff und weich; die Zungenspitze steht bei zurückgezogener Zunge nach links, bei vorgestreckter nach rechts. Bewegungen der Zunge nach rechts oben können nur unvollkommen ausgeführt werden. Die Sensibilität nicht vermindert; elektrische Erregbarkeit der Zunge beiderseits gleich. Die Zuckungen sind durchwegs kurz, blitzartig. Velum und Rachen normal. Im Kehlkopfe Catarrhus acutus und starke Parese der rechtsseitigen Stimmritzenschliesser; Sensibilität intakt, ebenso wie Reflexe. Sonst finden sich keine Lähmungen irgend welcher Muskeln. Die Halsschmerzen sind auf den acuten Catarrh zurückzuführen und verloren sich auch bald. L. führt die Erkrankung auf eine nucleäre Läsion des rechten Hypoglossuskernes, wahrscheinlich im Vereine mit einer solchen des Vaguskernes, zurück. Als Ursache derselben ist vielleicht hier eine beginnende Erkrankung der nervösen Centralapparate anzunehmen, da die Patellarreflexe ausserordentlich lebhaft und Lues, Intoxication etc. auszuschliessen waren. CHIARI.

54) **Nasse (Berlin). Ueber Lymphangiome.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XXXVIII. 3. 1889.*

Unter den von N. beschriebenen Fällen von Lymphangiome befindet sich auch ein Fall von Makroglossia congenita (Fall V.). Es handelte sich um ein 6 monatliches Kind, bei welchem die Zunge von Geburt an vergrössert war, zum Munde herausragte und nicht zurückgezogen werden konnte, sodass das Kind stets, auch im Schlafe, den Mund geöffnet hielt.

Es handelte sich hauptsächlich um eine Verdickung der vorderen Hälfte der Zunge. Es musste zweimal innerhalb 6 Wochen operirt werden, jedesmal wurden symmetrische keilförmige Stücke aus der Oberfläche (resp. aus dem seitlichen Theil) der Zunge ausgeschnitten. Nach diesen Operationen konnte der Mund geschlossen werden, da die Zunge innerhalb des Mundes lag. SEIFERT.

55) **E. Kirchhoff. Ueber gutartige Geschwülste der Zunge.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 23. 1889.*

Nach kurzer Uebersicht über die in der Zunge vorkommenden gutartigen Geschwülste: Lipome — submucöse und interstitielle —, Fibrome, Fibrolipome, Papillome, Gefässgeschwüsste — Teleangectasien —, cavernöse Angiome, Aneurysmen, Cystenbildungen, Cysticerken und Echinokokken, deren diagnostische Merkmale angegeben werden, folgt die Beschreibung zweier von v. Bergmann operirter Fälle, 1 Fibrom bei einem 59jährigen, 1 Lipom bei einem 62jährigen Manne. Beide Male war die Operation von vollem Erfolg. LANDGRAF.

56) **Vincent. Fibröses Papillem der Zunge. (Papillome fibreux de la langue.)** Soc. nat. de méd. de Lyon, in: *Lyon méd. 27. Jan. 1889.*

Es handelt sich um ein beträchtliches fibröses Papillom bei einem 2 Monat

alten Kinde, das den Eindruck zweier übereinandergelagerter Zungen hervorrief. E. J. MOURE.

57) **H. T. Butlin** (London). **Präcarcinomatöse Zustände der Zunge. (Precancerous conditions of the tongue.)** *Brit. Med. Journ 6. April 1889.*

Vortrag vor der Harveian Society of London, gehalten am 14. März. — Der Vortragende hatte gefunden, dass in mindestens 70 pCt. der Fälle, die er selbst beobachtet hatte, gewisse Vorstadien der Entwicklung des Zungenkrebses vorhergegangen waren. Als die gefährlichste derselben bezeichnete er die Bildung gewöhnlicher Warzen, besonders in Fällen von Leucom der Zunge und chronischer, oberflächlicher Glossitis. In solchen Fällen sei es eine offene Frage, ob man nicht besser thäte, statt der blossen Entfernung der Warzen und ihrer nächsten Umgebung die ganze erkrankte Area oder jedenfalls den vorderen Theil der Zunge zu exstirpiren. Innerlich empfahl der Vortragende den Gebrauch des Liq. arsenicalis. Der Beleg für die Richtigkeit der vorgetragenen Ansichten wurde durch illustrirende Fälle gegeben.

Es folgte eine lange Discussion, an der sich die Herren Jacobson, Pick, Barker, Pye, Lockwood, Cleveland, Drew und der Präsident (Dr. Buzzard) betheiligten, und in der alle Redner mit dem Vortragenden hinsichtlich der Wichtigkeit der Erkenntniss dieser präliminären Stadien und ihrer energischen Behandlung übereinstimmten, wenn auch die Ansichten über die Details der letzteren etwas auseinandergingen. Mr. Butlin antwortete schliesslich auf die genannten Einwürfe. Das Studium des Vortrags und der Discussion im Original ist warm zu empfehlen. SEMON.

58) **v. Esmarch. Ueber die Aetiologie und Diagnose der Carcinome, insbesondere derjenigen der Zunge und Lippe.** Vortrag, gehalten auf dem 18. Deutschen Chirurgen-Congress am 24. April 1889 in Berlin. *Allg. W. med. Zeitung. No. 18. 1889.*

Als Abdruck nicht referirt. CHIARI.

59) **Fedor Krause. Ueber die Operation und Prognose der Zungenkrebse.** Aus der Volkmann'schen Klinik. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 22. 1889.*

Volkmann verwirft die vorhergehende Unterbindung der Art. ling., sowie die vorhergehende Tracheotomie. Falls die Geschwulst weit genug nach vorn gezogen werden kann, wird der Tumor mit Messer und Scheere entfernt. Andernfalls wird der Unterkieferknochen in der Mitte subperiostal durchsägt, auseinandergebogen, die Weichtheile bis zum Kehlkopf gespalten und so Platz geschaffen. Details im Original nachzulesen. Von 35 so operirten Fällen starb nur einer unmittelbar nach der Operation an Schluckpneumonie. Von 56 nach der ersten Methode operirten starb keiner unmittelbar nach der Operation.

Die Prognose in Betreff der Recidive ist schlecht.

Es folgen im Original nachzulesende Angaben über die weiteren Schicksale der Operirten. LANDGRAF.

60) **Wittrock** (Schleswig). **Beitrag zur Kenntniss der Zungengeschwülste.** Inaug.-Dissert. Kiel. 1889.

Zusammenstellung von Zungengeschwülsten aus der chirurgischen Klinik in Kiel, die sich auf 47 Fälle bezieht, von denen 33 carcinomatöse, 6 tuberculöse, 8 syphilitische Erkrankung betreffen.

In einem Theil der Zungencarcinome konnte Psoriasis linguae als Ausgangspunkt der Erkrankung nachgewiesen werden, in 2 Fällen handelte es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um Uebergang von Syphilis in Carcinom. SEIFERT.

61) **Heurtaux. Epitheliom der Zunge. — Nasenpolyp. — Epitheliom der Unterlippen. (Epitheliome de la langue. — Polype nasal. — Epitheliome de la lèvre inférieure.)** Soc. anat. de Nantes, in: *Gazette méd. de Nantes. 9. Jan. 1889.*

Im ersten Fall handelt es sich um einen epithelialen Tumor bei einer 67jährigen Frau, der sich in der Nähe eines cariösen Zahns entwickelte. Verf. entfernte zugleich mit dem Tumor die Gland. submaxillaris.

Im zweiten Falle bestand ein Polyp der Nasenscheidewand von bösartigem Aussehen; die histologische Untersuchung erwies seine myxomatöse Natur.

Ein Epitheliom der Lippe mit rapidem Verlauf unter dem Einfluss wiederholter Cauterisationen. E. J. MOURE.

62) **W. J. Wheeler** (Dublin). **Syphilitische Affectionen der menschlichen Zunge mit folgendem Epitheliom. (Syphilitic deposits in the human tongue followed by epithelioma.)** *Medical Press and Circular. 23. Jan. 1889.*

W. berichtet in seiner Abhandlung über einen Fall von Syphilis der Zunge, den er wegen der Möglichkeit eines Epithelioms operirte; nach W.'s Erfahrung ist diese Krankheitsfolge sehr häufig vorgekommen. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

63) **J. Voituriez. Bemerkungen über einen Fall von doppelseitigem Epitheliom der Zunge. (Note sur un cas d'épithélioma double de la langue.)** *Journ. des Sc. méd. de Lille. 17. Mai 1889.*

Verf. berichtet über eine Beobachtung, wo in einem Falle die Coexistenz zweier benachbarter, aber von einander unabhängiger Epitheliome durch die histologische Untersuchung bestätigt worden ist. Er ist geneigt, hier an eine secundäre Auto-Inoculation zu denken. E. J. MOURE.

64) **Corley. Epitheliom der Zunge. (Epithelioma of the tongue.)** *Dublin Journ. of Med. Science. Febr. 1889.*

In dem Vortrage werden keine Details gegeben. In der sich anschliessenden Discussion (Königl. Akademie für Medicin in Irland) lenkte der Vorsitzende (Dr. Finny) die Aufmerksamkeit auf die Warzen, die an den Händen der Petroleumarbeiter wachsen und die die Tendenz haben, epitheliomatös zu werden. Er zeigte drei derartige Präparate.

Wheeler (Dublin) rieth zur Excision von lange bestehenden nicht carcinomatösen, syphilitischen, geschwürigen Stellen, weil er diese als eine fruchtbare Quelle für späteren Krebs ansieht. M'BRIDE.

65) **F. Bowreman Jessett** (London). **Ueber eine einfache Methode, die Arteria lingualis während der Exstirpation der Zunge mittelst der Scheere zu sichern. (On a simple method of securing the lingual artery during the operation of excision of the tongue with the scissors.)** *Brit. Med. Journ. 16. Febr. 1889.*

Vortrag, gehalten vor der Medical Society of London am 11. Februar 1889. Das Characteristicum der Methode besteht in Folgendem: die Schleimhaut des Mundbodens wird — einseitig oder doppelseitig, je nachdem Total- oder Partialexstirpation des Organs vorgenommen werden soll — gespalten, die Zunge stark nach oben und vorn gezogen, einige Fasern der Mm. genio-hyoglossi gespalten und mit dem Finger tief auseinandergerissen. Dann wird eine Aneurysmanadel, in die chinesische Seide No. 4 eingefädelt ist, tief zwischen die Genio-hyo-glossi eingestossen mit nach hinten und unten gerichteter Spitze, bis sich letztere gegenüber dem zweiten Backzahn befindet; dann wird die Spitze nach aussen gedreht, und aus der vorher angelegten Schleimhautwunde herausgeführt und die Ligatur in der gewöhnlichen Weise so tief und so fest als möglich angelegt. Jenseits der Ligatur wird dann eine Arterienzange angelegt, um zu verhindern, dass beim nun folgenden Ausschneiden des Organs event. die Ligatur verletzt werde. Weitere Details müssen im Original nachgelesen werden.

SEMON.

## d. Diphtheritis und Croup.

66) **Leonhardt** (Dresden). **Croup und Diphtherie. (Auftreten, Wesen und Heilung.** Berlin, Hugo Steinitz. 1889.

L. berichtet über seine Erfahrungen, die er während einer 40jährigen ärztlichen Thätigkeit in Dresden über Croup und Diphtherie zu machen Gelegenheit hatte. Bezüglich der Identität resp. Nichtidentität von Croup und Diphtheritis steht L. auf dem Standpunkt, dass es einen reinen entzündlichen Croup gäbe, d. h. eine von der Diphtheritis nicht nur durch ihren ursprünglichen Sitz, sondern auch durch ihre Ursache verschiedene nicht contagiöse Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung. In Bezug auf die Therapie nimmt L. einen skeptischen Standpunkt ein, seine locale Behandlung beschränkt sich auf Mundausspritzung, die innere auf die Verordnung der Volquart'schen Lösung (Natr. nitr. und Natr. bicarb. aa.)

SEIFERT.

67) **A. Jacobi** (New-York). **Ueber Diphtheritisbehandlung.** *Archiv für Kinderheilkunde. X. Bd. 6. Heft.*

Sehr inhaltreicher, auf grosser Erfahrung beruhender Aufsatz, den im Original nachzulesen dringend empfohlen werden muss. Ergänzung des im Centralblatt IV, 216 referirten Artikels über Localbehandlung der Diphtherie.

LANDGRAF.

68) **C. W. Marvin. Die Behandlung der Diphtherie. (The Treatment of diphtheria.)** *American Lancet. Jan. 1889.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

69) **Dubousquet-Laborderie. Behandlung der Angina diphtheritica durch Entfernung der Pseudomembranen und antiseptische Cauterisationen. (Traitement ment de l'angine diphthéritique par l'ablation des fausses membranes et les cautérisations antiseptiques.)** Soc. de méd. prat., in: *Le Bulletin méd. 6. Jan. 1889.*

Seit 1884 haben Verf. und Dr. Gaucher 102 Fälle auf diese Weise behandelt und davon nur 4 verloren. E. J. MOURE.

70) **E. E. Goodman. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Medical Bulletin. Febr. 1889.*

Die Sublimatbehandlung wird empfohlen. Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **J. H. Peabody. Behandlung der Diphtherie mit Terpentinöl. (Treatment of diphtheria with oil of terpentine.)** *Omaha Clinic. Jan. 1889.*

P. empfahl die Behandlung bereits vor 12 Jahren und hat sie seit länger in Gebrauch; dieselbe besteht in innerlicher Darreichung einer Terpentinöllösung und in einer Durchströmung des Krankenzimmers mit Terpentindämpfen, die man dadurch erreicht, dass man Terpentin auf einem heissen Steine oder über'm Wasserbad verdampfen lässt. Bei 175 ausgewählten Fällen, die er auf diese Weise behandelte, betrug die durchschnittliche Krankheitsdauer $5^1/_2$ Tag, die Mortalität 9,4 pCt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **C. B. Dittebrandt. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Omaha Clinic. Febr. 1889.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **S. W. Pairman** (Quekland). **Die Behandlung der Diphtherie bei Kindern mit Dämpfen von Acidum sulfurosum. (The treatment of diphtheria in children by steam medicated with sulphurous acid.)** *Edinburgh Med. Journ. Februar 1889.*

Ein am 19. December 1888 in der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Edinburgh gehaltener Vortrag. Die gerühmte Behandlung besteht in einer Dampfatmosphäre rings um den Kranken und im Verbrennen von Schwefel im Krankenzimmer.

Die folgende Discussion zeigte, dass der Werth des Dampfes bei der Diphtherie sehr hoch geschätzt wird. P. McBRIDE.

74) **J. S. Coleman. Sublimat bei Diphtherie. (Mercuric Bichloride in diphtheria.)** *J. Americ. Med. Assoc. 23. Febr. 1889.*

Bei Diphtherie besteht Toleranz gegenüber dem Mercur. In einem Falle gab er einem 6 Jahre alten Kinde, das auch genas, 0,0075 Grm. Sublimat stündlich 72 Stunden hintereinander, d. i. 0,54 Grm. in 3 Tagen. Beschleunigung der Defäcation war kaum vorhanden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) **W. C. Caldwell** (Chicago). **Bericht über 7 mit einem Spray von Hydronapthol, Papain und Salzsäure behandelte Fälle von Diphtheritis. (Report of**

**seven cases of diphtheria treated with a spray of Hydronaphthol, Papain and Hydrochloric acid.)** *Archives of Pediatrics. Febr. 1889.*

In Erwägung, dass die Diphtherie zuerst eine locale Erkrankung ist und später erst zur Allgemeinerkrankung wird, und dass die Localinfection von der Bildung einer Pseudomembran begleitet wird, welche die eingedrungenen Bacterien überdeckt, glaubt C. die Indicationen für die Behandlung in einer rigorösen Anwendung solcher Mittel zu sehen, die 1. die Pseudomembran entfernen und 2. die Vermehrung der Bacterien hemmen.

Bei den 7 angeführten Fällen bestand die Behandlung in

1. Regulirung des Stuhlgangs;
2. 2stündlicher Darreichung von Milch;
3. einem anfangs $^1/_2$stündlichen, später 1stündigen Halsspray nach detaillirten Regeln.

Der benutzte Spray enthielt:

Papain 2 Drachmen,
Hydronaphthol 3 Grm.,
Ac. hydrochlor. dilut. gtt. XV.,
Glycerini 4 Drachmen,
Aq. dest. ad 4 Unzen.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

76) **Renou. Die Diphtherie, ihre antiseptische Behandlung mit Phenoldämpfen. (La diphthérie, son traitement antiseptique par les vaporisations phéniquées.)** *Journ. de méd. et de Chir. Prat. Jan. 1889 — in 8° de 300 p. Doin édit.*

Studie über die Diphtherie im Allgemeinen und über einige Epidemien im Besonderen. Die Statistik zeigt die Erfolge der Phenoldampfbehandlung.

E. J. MOURE.

77) **E. Dubois** (Fives-Lille). **Die Wirksamkeit der Dämpfe und der heissen Inhalationen von „Pinus Pumilio"-Essenz bei der Behandlung der Diphtherie. (De l'action des vaporisations et des inhalations chaudes d'essence de „Pinus Pumilio" dans le traitement de la diphthérie.)** *Gazette des hôpitaux. 31. Jan. 1889.*

Der Autor hat durch dieses Mittel eine grosse Anzahl Heilungen mit oder ohne Tracheotomie erzielt. Stets hat er damit die Complicationen der Krankheit vermieden.

E. J. MOURE.

78) **A. Hennig** (Königsberg i. P.). **Eine neue Behandlungsmethode der epidemischen Diphtheritis.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 7 u. 8. 1889.*

Warme Empfehlung des Kalkwassers, das in Intervallen von zunächst $^1/_4$ Stunde geschluckt und gegurgelt wird, bis eine deutliche Abnahme des Belags zu constatiren ist, dann halbstündlich. Daneben Eis in Rinderschlund äusserlich, eventuell Antipyrin und Antifebrin. Verf. geht so weit, zu behaupten, dass das Kalkwasser im wahren Sinne des Wortes ein Specificum für die epidemische Diphtheritis ist, wie das Chinin für die Malaria. Verf. hat keinen Fall über 6 Jahre verloren.

LANDGRAF.

79) **D'Espine** (Genève). **Ueber die locale Behandlung der Diphtherie durch Salicylsäure. (Du traitement local de la diphthérie par l'acide salicylique.)** *Revue de la Suisse romande. No. 1. 1889.*

D'E. machte Experimente an Culturen des Diphtheritis-Bacillus (Löffler) mittelst verschiedener antiseptischer Lösungen und fand u. A., dass die Salicylsäure 1:2000 denselben tödte. Er sieht die mikroskopische Untersuchung der anfänglichen dünnen Membranen auf den mit Fuchsin oder Gentianaviolet gefärbten wurstförmigen kleinen Bacillus als wichtiges, wenn auch nicht absolut sicheres diagnostisches Mittel an. Da nun die Salicylsäure für den menschlichen Organismus in grossen Verdünnungen innerlich ganz unschädlich ist, so wandte er sie in 1—2stündlich wiederholten Spülungen, Gurgelungen oder Stäubungen in 2procent. Lösungen bei Kranken an. Für kleine Kinder wurde das Mittel auf 1 oder 0,7 pCt. verdünnt. Dabei warnt Verf. mit Recht vor allen Eingriffen, welche die darunter liegende Schleimhaut verletzen können. Doch verbindet er gern mit dieser Behandlung leichte Pinselungen mit Citronensaft oder Papain (Bouchut) oder Papayotin (Rossbach). Die Allgemeinbehandlung soll lediglich roborirend sein.

D'E. ist seit mehreren Jahren mit dieser Behandlungsweise der Diphtheritis, für welche er verschiedene Vorgänger aufzählt, sehr zufrieden, ist sich aber der grossen Täuschungen, welcher die Therapie bei dieser vielgestaltigen tückischen Krankheit ausgesetzt ist, so wohl bewusst, dass er nicht ein endgültiges Urtheil abgeben, sondern mit seinem nüchtern geschriebenen Aufsatz nur alle Collegen zu den gleichen Versuchen ermuntern möchte. JONQUIÈRE.

80) **Biering** (Dänemark). **Die Behandlung der Diphtheritis. (Diftheriens Behandling.)** *Ugeskrift for Laeger. 11. Mai 1889.*

B. vindicirt die Nutzwirkung einer localen Behandlung der Schlundaffection mittels Pinselungen mit Chlorkali- und Borsäurelösungen, fordert aber, dass die Pinselungen alle 5 Minuten ausgeführt werden sollen. SCHMIEGELOW.

81) **Lewentaner** (Konstantinopel). **Beitrag zur Frage über die Wirkung des Ol. terebint. rect. beim idiopathischen Croup.** *Centralbl. f. klin. Medic. 8. 1889.*

Zur Illustration der günstigen Wirkung des Terpentinöls bei Larynxcroup bringt L. die Geschichte zweier Krankheitsfälle, bei welchen nach der innerlichen Darreichung des genannten Mittels Croupmembranen ausgehustet wurden. Die Kinder kamen schon im Stadium der höchsten Erstickungsnoth in Behandlung. Zum Zerstäuben resp. Inhaliren wurde folgende Solution verordnet: Ol. terebint., Tinct. Eucalypt. glob., Acid. carbol. aa 4,0, Alkoh. 300,0, Aq. dest. 1000,0.

SEIFERT.

82) **Rothe** (Altenburg). **Inhalationen von Quecksilberdämpfen bei croupöser Larynxstenose.** *Memorabilien. XXXIII. 6. 1889.*

Auf Grund zweier günstig verlaufener Fälle von Croup des Larynx empfiehlt Verf. die von Corbin angegebenen Quecksilberinhalationen. SEIFERT.

83) **Neudörfer** (Wien). **Erfahrungen und Enttäuschungen mit der Ozontherapie.** *Intern. klin. Rundschau. No. 20 u. 21.*

N. bezog Ozonwasser von der Fabrik Lander's in Berlin und bekam Lösungen von 25 Milligrm. bis 6 Decigrm. im Liter destillirten Wassers. Die ersten therapeutischen Versuche bezogen sich auf 2 Fälle von schwerer Diphtheritis des Rachens. Derselbe wurde mit der schwächsten Lösung halbstündlich bepinselt, und ausserdem öfters gegurgelt. Nach 4 Tagen hörte die Gefahr auf, aber die Substanzverluste im Rachen brauchten Wochen zur Heilung. Bei leichteren Halsentzündungen that es auch gute Dienste; jedenfalls war es angenehm zu nehmen. Erst später kam N. darauf, dass sein Ozonwasser wohl Chlor, aber keine Spur von Ozon enthalte, so dass sich seine Versuche als misslungen erwiesen. Er räth schliesslich, chemische Fabriken zur Erzeugung von Ozonwasser anzuregen und dann mit diesen geprüften Lösungen Versuche anzustellen, die bei der starken Oxydationsfähigkeit des Ozons wohl Aussicht auf Erfolg hätten. CHIARI.

84) **Herz** (Wien). **Erfahrungen und Enttäuschungen mit der Ozontherapie.** *Intern. klin. Rundschau. No. 22. 1889.*

H. prüfte die von Joohheim empfohlene Methode, Ozon als Gas zweistündlich einathmen zu lassen, den Rachen häufig mit concentrirter Lösung von Kalium hypermang. zu bepinseln und ausserdem Kal. hypermang. mit Chinin innerlich zu geben. Auf diese Art erzielte J. glänzende Erfolge bei Diphtherie. Herz erzielte bei 10 Fällen mit dieser Methode keine schlechten Erfolge, aber nach Weglassung der Ozontherapie und nach Ersetzung der Desinficientia Jochbein's durch andere Mittel eben so gute. H. glaubt daher nicht mehr an eine günstige locale Wirkung des Ozons bei Diphtherie. CHIARI.

85) **L. Goldwuch. Behandlung der Diphtheritis mit Tinct. Jodi. (Letschenie diphtherita jod noi nastoikoi.)** *Med. obosr. No. 6. 1889.*

G. sieht das Wesen dieser Krankheit in der diphtheritischen Membran; gelingt es, diese zu entfernen oder zu zerstören, so ist die Krankheit gehoben. Am besten erreicht man das mit Pinselungen (1—2mal täglich) von Tinct. Jodi. Von 46 so behandelten Kranken starben blos 4. LUNIN.

86) **Seibert. Das Kochsalz bei Diphtherie. Ein therapeutischer Vorschlag.** *Med. Monatsschr. 1. 1889.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

87) **Frühwald** (Wien) **Zur Frage der localen Behandlung der Diphtheritis.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 17. 1889.*

Mit Bezugnahme auf die Arbeit von Kolisko und Paltauf betont F. den Charakter der Diphtheritis als einer localen Infectionskrankheit, welche erst in weiterer Folge durch ein Virus zu Intoxication führen kann. Es ergiebt sich daher die Erspriesliohkeit der localen Behandlung aus diesem Grunde von selbst, und es handelt sich nur darum, diese locale Behandlung schonend und gründlich auszuführen. Frühwald bespricht nun die Mittel, welche die Rachenhöhle keimfrei machen und erhalten ohne zu ätzen und führt die Versuche von Koch,

Gärtner und Nagge und Miller an, von denen der letztere besonders die Wirksamkeit von Mundwässern auf die Reinigung der Mundhöhle untersuchte. F. schlägt dann vor: 1. die einzelnen inficirten Stellen mit einer schnell die Mikroorganismen tödtenden Flüssigkeit mehrmals täglich zu pinseln, aber ohne die Schleimhaut zu verletzen (wohl nur bei grösseren Kindern möglich). 2. Den Rachen und Kehlkopf fleissig oder sogar dauernd mit desinficirendem Spray zu befeuchten. 3. Die Mundhöhle fleissig ausspülen zu lassen. Gurgelungen dürften wohl zur Desinfection des Rachens nicht viel beitragen. Jedenfalls sind diese Vorschläge sehr zweckmässig. CHIARI.

88) **Renvers** (Berlin). **Die künstliche Ernährung bei der Behandlung der Diphtherie.** *Therap. Monatsh. 4. 1889.*

In der Leyden'schen Klinik wird die Diphtherie nach folgenden Principien behandelt: 1. local: antiseptische Lösungen zur Reinigung der Mundrachenhöhle (2—3 stündlich), Eispillen, Eiscravatte; 2. keine sogen. Specifica, auch keine Antipyretica; 3. möglichste Ruhe; zu diesem Zweck 4. Morphium 0,003, höchstens 0,01; 5. reichliche Ernährung, starker Wein. Bei ungenügender Ernährung in Folge behinderter Nahrungsaufnahme, wegen Schluckschmerzen, Lähmungen der Schlingorgane oder wegen grosser Abneigung wurde die künstliche Ernährung eingeleitet.

Zur Illustration der Ausführungen über diese therapeutischen Grundsätze werden 4 Krankengeschichten mitgetheilt. Zur Ausführung der künstlichen Ernährung wird eine gewöhnliche, möglichst biegsame Schlundsonde benutzt, durch welche mittels Trichter oder mit dem Gavage-Apparat die Nahrung eingeführt wird. SEIFERT.

89) **Cospedal Tomé** (Madrid). **Noch ein geheilter Fall von Diphtheritis. (Otro caso de difteria curada.)** *Anales de Obstetricia, Ginecopatia y Pediatria. Januar 1888.*

Verf. theilte in einer Sitzung der Spanischen gynäkologischen Gesellschaft zu Madrid einen neuen Fall mit, um daran die nochmalige Empfehlung seines Heilverfahrens zu knüpfen, das darin besteht, dass er die diphtheritischen Beläge mit reiner Salzsäure betupft, innerlich $Fe_2Cl_6$ mit Milch und Fleischbrühe reicht, im Krankenzimmer eine Mischung von Theer, Perubalsam und Terpenthin verdampfen lässt. In vorliegendem Falle (es handelte sich um einen 10jährigen Knaben) wurde auch noch häufiges Reinigen der Tonsillen mit einer 8 procent. $ZnCl_2$-Lösung vorgeschrieben. Unter solcher Behandlung begann nach 4 bis 6 Tagen die Besserung und endete mit der vollständigen Heilung, ohne Complicationen, sagt rühmend der Verfasser. SENTINON.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

90) **Michel** (Köln). **Ueber Störungen der Stimme, hervorgerufen durch geringgradige pathologische Veränderungen und Anomalien in der Rachenhöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 20. 1889.*

Durch drei Ursachen werden die schönsten Stimmen zu Grunde gerichtet: 1. nicht genügende Schonung; 2. durch Singen von Partien, die dem Stimmcharakter nicht angemessen sind; 3. durch falschen Tonansatz. Ausserdem können geringe pathologische Veränderungen in der Mund- und Nasenrachenhöhle der Stimme gefährlich werden. Nicht nur der chronische Rachencatarrh, sondern auch Störungen in der Beweglichkeit des Gaumensegels, die bedingt sein können:

1. durch Verbindungsstränge zwischen hinterem Gaumenbogen und Mandel;
2. durch Einlagerung eines Theils der Mandel in den hinteren Gaumenbogen;
3. durch Granulationen, Reste der Rachentonsille, die verhindern, dass das Gaumensegel leicht hinaufsteigt und an die hintere Rachenwand anlegt;
4. dadurch, dass Seitentheile der vergrösserten Rachenmandel die Hebung des Gaumensegels stören.

Die Erklärung dieser Rückwirkung des Gaumensegels auf die Stimmbänder liegt darin, dass alle genannten Veränderungen die Wirkung der Mm. thyreopalatini, die den Schildknorpel nach oben ziehen und so zur Spannung der Stimmbänder beitragen, stören.

Behandlung besteht in Trennung der Verwachsungen resp. galvanokaustischer Zerstörung der betreffenden Theile und Gaumengymnastik. LANDGRAF.

91) **Exner** (Wien). **Ein physiologisches Paradoxon, betreffend die Innervation des Kehlkopfes.** *Centralbl. f. Physiol. 6. 1889.*

E. bestätigt durch eigene Versuche, dass die von H. Möller mitgetheilte Angabe richtig ist, dass beim Pferde nach Durchschneidung eines N. laryngeus super., der bei diesem Thiere keinen einzigen Kehlkopfmuskel motorisch innervirt, doch die sämmtlichen Kehlkopfmuskeln der operirten Seite beträchtlichem Schwunde anheimfallen. Während nun Möller den genannten Nerven als trophischen Nerven für die Kehlkopfmuskeln seiner Seite betrachtet, kommt E. zu einer anderen Erklärung dieser auffallenden experimentellen Resultate, Exner erklärt die nach der Durchschneidung des oder der N laryng. super. eintretende Degeneration der Kehlkopfmuskeln für eine Inactivitätsatrophie. SEIFERT.

92) **Onódi. Eine neue experimentelle Methode im Gebiete der Kehlkopfmuskeln und -Nerven.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 18. 1889.*

Im Original nachzulesende Methode zur Freilegung der Nervenäste des Recurrens, deren Verf. einen für den Posticus, einen zweiten, sich theilenden für

Transversus und Crico-aryt. lateral., einen dritten für Thyreo-aryt. extern. annimmt. Die gefundenen Resultate der Reizung sollen später mitgetheilt werden.

LANDGRAF.

93) **Onódi** (Pest). **Neuere Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Kehlkopfes.** Akademie der Wissenschaften in Pest. 15. April 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 16. 1889.*

Das sehr mangelhafte Referat sagt nur aus, dass O. Beiträge zur Lehre von den Kehlkopflähmungen bringt, welche er durch eine vollständig neue experimentelle Methode erzielte. Das mühsame äusserst feine Verfahren macht es möglich, bei dem lebenden Thiere sowohl die einzelnen Muskeln, als auch die einzelnen Nervenfäden freizulegen und zu reizen. Ein Urtheil lässt sich erst nach Einsicht in die ausführliche, spätere Veröffentlichung abgeben. CHIARI.

94) **Onódi** (Budapest). **Experimentelle Untersuchungen zur Lehre von den Kehlkopflähmungen.** *Centralbl. f. d. med. Wissenschaften. 15, 16. 1889.*

Mittheilungen von Experimenten an Hunden. Dieselben beziehen sich auf Reizung beider oder eines Recurrens unter normalen Verhältnissen, ferner auf solche Versuche nach Anwendung von Chloroform und Aether mit Untersuchungen am lebenden resp. betäubten Thiere und an den Muskeln des kurz nach dem Tode herausgeschnittenen Kehlkopfs. Weitere Versuche beziehen sich auf das elektrische Verhalten der Kehlkopfmuskeln an Thieren, die den Verblutungstod gestorben sind.

Weitere Versuche (und wohl auch Schlüsse aus den angestellten Experimenten) werden in Aussicht gestellt. SEIFERT.

95) **Donáth** (Pest). **Ein Fall von Stottern.** Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte in Pest. 13. April 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 16 1889.*

Das Stottern ist begleitet von Krämpfen in den Hals-, Gesichts- und Nackenmuskeln. Diese schwere Form entwickelte sich bei dem schon früher leicht stotternden Kranken in Folge eines heftigen Schreckens. Die Behandlung ist die gewöhnliche gymnastisch-pädagogische. CHIARI.

96) **Kessel** (Jena). **Stummheit ohne Taubheit.** *Corr.-Bl. d. allgem. ärztl. Vereins in Thüringen. 4. 1888.*

K. stellt in der Section für Heilkunde in Jena einen 8jährigen Knaben vor, welcher an Stummheit ohne Taubheit leidet. Das Centrum für die Klangbilder der Worte und das Centrum für die Bewegungsbilder derselben functionirt spontan, so dass eine Unterbrechung in dem für das Nachsprechen nöthigen Reflexbogen und zwar in der austretenden motorischen Sprechbahn vorhanden zu sein scheint. SEIFERT.

97) **Rossbach** (Jena). **Reflexhusten.** Section f. Heilk. in Jena. 9. Mai 1889. *Corr.-Bl. d. allgem. ärztl. Vereins in Thüringen. 6. 1889*

R. demonstrirt einen Fall, wo von den vorderen Schwellkörpern der Nase Husten ausgelöst werden konnte. SEIFERT.

98) **S. Mircoli. Nephritis bei Keuchhusten. (Nefrite nella fosse convulsiva.)** *Gazzetta ospitali. 13. Jan. 1889.*

In einer Vorbemerkung sagt M., dass die Nephritis, wie wohl bekannt, bei fast allen Infectionskrankheiten vorkäme, dass eine solche Beziehung für den Keuchhusten aber noch nicht gezeigt worden wäre. M. berichtet nun, dass er im Jahre 1887 2 Mal Nephritis unter 10 Keuchhustenfällen, und im Jahre 1888 unter 35 Fällen 4 Mal Nephritis beobachtet hat, 2 Mal mit tödtlichem Ausgang; 1 Mal wurde die Section gemacht. In diesem letzten Fall hat M. bei der mikroskopischen Untersuchung eine schwere parenchymatöse Nephritis festgestellt; bacteriologische Untersuchungen konnte er nicht anstellen. CARDONE.

99) **Beltz** (Greifswald). **Zur Behandlung des Keuchhustens.** *Archiv f. Kinderheilkunde. X. Band. 1889.*

Ausgehend von der Annahme, dass Keuchhusten eine nasale Reflexneurose sei, prüfte Beltz die Behandlungsmethode von Michael und Strübing auf ihre Wirkungsweise. B. kommt zu dem Resultate, dass durch Behandlung der Nase die Paroxysmen sich beeinflussen lassen.

Auf Insufflationen von Arg. nitr. 1:10 Magnes. nat. trat bei einigen Kranken ein rascher Abfall ein, bei anderen zeigte sich nur eine Abkürzung der Intensität und Dauer der Anfälle, bei wieder anderen wurden keine wesentlichen Erfolge erzielt. SCHECH.

100) **S. O. Eades** (Ipswich). **Carbolglycerin bei Keuchhusten. (Glycerine of Carbolic acid in pertussis.)** *Brit. Med. Journ. 11. Mai 1889.*

Nachdem er die gewöhnlichen Mittel alle ohne Erfolg versucht, wandte E. das Carbolsäureglycerin, das Greene empfohlen hat, innerlich mit wirklich günstigem Resultate an. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

101) **G. J. Inglott** (Malta). **Gegenreize bei Keuchhusten. (Counter-irritation in whooping cough.)** *Brit. Med. Journ. 20. April 1889.*

Während einer Keuchhustenepidemie fand J. nur einen geringen Nutzen von den gewöhnlichen inneren Heilmitteln, aber er erzielte hervorragend günstige und schnelle Resultate mit Gegenreizen, die über den N. Vagis am Halse applicirt wurden. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

102) **E. Mauriac. Bemerkungen über die Behandlungen des Keuchhustens mit Phenoleinstäubungen. (Note sur le traitement de la coqueluche par les pulvérisations phéniquées.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. 7. April 1889.*

Der Verf. hat sehr günstige Resultate mit täglichen Einstäubungen erzielt (1 Liter einer 5procentigen Lösung auf 3mal vertheilt), die er im Krankenzimmer mit dem grossen Apparat mit Doppelstrom, der zur Erzeugung des Phenol-Sprays gebraucht wird, vornahm. E. J. MOURE.

103) **J. Mount-Bleyer. Behandlung des Keuchhustens mit Wasserstoffperoxyd. (Treatment of whooping cough by peroxide of hydrogen.)** *Omaha clinic. Oct. 1888.*

G. wendet einen Spray für Larynx und Pharynx an und giebt Glycosin innerlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **A. Ollivier. Die Behandlung des Keuchhustens. — Allgemeine Indicationen. (Traitement de la coqueluche: indications générales.)** *Bulletin gén. de Therap. 30. März 1889.*

Isolirung, Luftwechsel, Cocainpinselungen, antiseptische Einpulverungen und Inhalationen, so unzureichend sie auch sind, Antispasmodica. Schliesslich werden der Catarrh des Kehlkopfs und der Bronchien, sowie etwaige Complicationen durch geeignete Mittel zu bekämpfen sein. E. J. MOURE.

105) **Joseph Drzewiecki** (Warschau). **Quecksilberhydrocyanat und Salol bei Behandlung des Keuchhustens. (Hydrocyanate of Mercury and Salol in the treatment of whooping cough.)** *Lancet. 25. Febr. 1889.*

Eine kurze Mittheilung, in der D. von dem hohen Werthe dieser Droguen spricht. A. E. GARROD.

106) **Kothe** (Altenburg). **Jod-Phenol bei Keuchhusten.** *Memorabilien. XXXIII. 6. 1889.*

Empfehlung folgender Vorschrift für die Behandlung des Keuchhustens: Acid. carbol. Spir. vini ana 1,0, Kal. Jod. gtt. X., Kal. belladonnae 2,0, Aq. menth. pip. 50.0, Syr. opiat. 10,0. Hiervon erhalten Kinder von 2—12 Jahren zweistündlich 1 Theelöffel, kleinere Kinder etwas weniger oder die Mixtur um die Hälfte verdünnt. Man hat so lange fortzufahren, bis die Anfälle kürzer und seltener werden. Unangenehme Wirkungen hat R. nie gesehen. SEIFERT.

107) **Tordeus. Vom Keuchhusten. (De la coqueluche.)** *La Clinique. No. 15. 1889.*

Klinischer Vortrag, welcher hauptsächlich die Complicationen und die Behandlung des Keuchhustens im Auge hat, ohne etwas Neues zu bringen. Gewiss hätte bei der Therapie der wohlthätige Einfluss des pneumatischen Kabinets angeführt zu werden verdient! BAYER.

108) **O. Mugdan** (Berlin). **Beiträge zur Therapie der Tussis convulsiva.** *Archiv für Kinderheilkunde. X. Bd. 6. Heft.*

Resorcin in 1—1,5procent. Lösung 2stdl. 1 Kinderlöffel ohne Wirkung. Cocain wirkte in 5proc. Lösung auf die Rachenschleimhaut gepinselt zufriedenstellend, aber nie coupirend, wurde wegen möglicher Intoxication bald verlassen. Insufflationen von Benzoesäure in die Nase empfehlen sich als gefahrlose und die Kinder nicht anstrengende Behandlung. Antipyrin innerlich erwies sich in 7 Fällen unwirksam. LANDGRAF.

109) **Schnirer. Zur Behandlung des Keuchhustens.** *Archiv für Kinderheilkunde. X. Bd. 6. Heft.*

Auf Grund 28 genauer eigener Beobachtungen und Versuche mit Antipyrin kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass Antipyrin nicht im Stande ist, den Verlauf des Keuchhustens wesentlich zu beeinflussen. Günstiger waren die Resultate mit Oxymel Scillae, das Nachmittags von 4—5 alle 10 Minuten 1 Kaffeelöffel voll (Kinder unter 3 Jahren 4—5, Kinder über 3 Jahre 6—7, Erwachsene 7—8 Löffel im Lauf der Stunde zu nehmen) gereicht wurde. Zahl und Intensität

der Anfälle verminderte sich, wenn auch die Krankheitsdauer nicht abgekürzt wurde. LANDGRAF.

110) **Nägeli** (Ermertingen). **Ein Handgriff zur Unterdrückung des Stickkrampfes bei Keuchhusten.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 14. 1889.*

Verf. beschreibt zwei Handgriffe, auf welche er durch die bei der Chloroformasphyxie geübte Lüftung des Unterkiefers gekommen ist. Er stellt sich entweder vor das im Beginn des Stickkrampfs befindliche Kind und fasst mit den Zeige- und Mittelfingern den aufsteigenden Ast des Unterkiefers fest an, während er die Daumen auf das Kinn setzt und mit kräftigem aber sanftem Zug den Unterkiefer nach vorn und unten schiebt, oder er steht hinter dem Kind, setzt die Daumen oberhalb des Kieferwinkels vor dem Ohre, die Zeigefinger auf den Jochbogen, die übrigen Finger am Kinn an und stösst den Unterkiefer nach vorn. Auch Modificationen dieser Handgriffe werden beschrieben. Verf. hat das Experiment bis jetzt wenigstens 500mal geübt und jedesmal sofortiges Aufhören des Spasmus bewirkt. Die Manipulation ist so einfach, dass Jedermann sie ausführen kann, und so wenig unangenehm, dass die kranken Kinder von selbst herbeilaufen. Contraindication ist nur ein voller Magen oder der Act des Essens. Nach Verf. soll durch diese regelmässige Unterdrückung des Stickkrampfs der Verlauf der Krankheit selbst abgekürzt werden. Die Handgriffe gelten auch für andere ähnliche Zustände. JONQUIERE.

111) **G. Ollive. Keuchhusten. — Croup. — Tracheotomie. — Verschlimmerung des Keuchhustens. — Heilung. (Coqueluche. — Croup. — Trachéotomie. — Aggravation de la coqueluche. — Guérison.)** *Gaz. méd. de Nantes. 9. Januar. 1889.*

Ein 27 Monate altes Kind bekam Keuchhusten und hatte am 10. Tage eine heisere Stimme und Erstickungsanfälle. Keine Drüsenschwellung, keine Membranen im Halse; fibrirende Rasselgeräusche, kein Röcheln. Die Tracheotomie wird vorgenommen, darnach eine Verschlimmerung des Keuchhustens. Erst allmälig werden die Hustenanfälle seltener und der kleine Patient gesundet.

E. J. MOURE.

112) **Korányi** (Pest). **Spasmus glottidis bei Erwachsenen.** *Pester med.-chir. Presse. No. 12. 1889.*

Ein 21jähriges Mädchen, welches seit 2 Tagen an Spasmus glottidis litt, wurde laryngoskopirt und zeigte neben einer sehr geringen Entwicklung des Kehlkopfes auch Parese des Transversus und der Mm. vocales. Sie bekam die Anfälle oft und in lebensgefährlichem Grade; auf einige Decigramm Moschus hörten die Anfälle auf. Am Halse fanden sich Drüsenschwellungen; K. führt den Spasmus auf Drüsen zurück, die den Nervus recurrens drückten, und auf die nervöse Reizbarkeit der schwächlichen Person. Die Heftigkeit der Spasmen wurde nach K. begünstigt durch die kindlichen Dimensionen des Kehlkopfes. CHIARI.

113) **Kalmus** (Breslau). **Zur Pathologie und Therapie des Laryngospasmus.** Inaug.-Dissert. Breslau. 1889.

Bericht über 425 Fälle von Laryngospasmus, welche in dem von Solt-

mann geleiteten Wilhelm-Augusta-Hospital in den Jahren 1878—1888 zur Beobachtung kamen. In mehr als die Hälfte (217) der Fälle trat der Stimmritzenkrampf als Hauptsymptom einer starken Rhachitis auf, nächstdem waren Bronchialaffectionen (42 Fälle) die Veranlassung, in 14 Fällen kamen ausser dem Laryngospasmus noch allgemeine Krampfanfälle zur Beobachtung, in den übrigen 96 Fällen war ausser Laryngospasmus keine andere Affection beobachtet oder es handelte sich um ganz verschiedenartige Krankheiten (Ekzem, Tonsillitis, Morbilli, Pneumonie, Soor etc.). SEIFERT.

114) **Arthur Schnitzler** (Wien). **Ueber functionelle Aphonie und deren Behandlung durch Hypnose und Suggestion.** *Internat. klin. Rundschau. No. 10, 11, 12 und 14. 1889.*

Schn. wählt den Ausdruck „functionelle Aphonie“ statt „hysterischer A.“, weil bei manchen Kranken dieses Symptom das einzige nachweisbare war und bei einigen Tuberculose, Chlorose, Neurasthenie oder andere Neurosen als die Ursache der functionellen Schwäche bestanden. Nach kurzer Mittheilung der bezüglichen Literatur bespricht er seine 6 Fälle. Ohne auf alle Einzelheiten der recht lehrreichen Krankengeschichten einzugehen, sei nur erwähnt, dass es sich immer um weibliche Individuen handelte, von denen mehrere anaemisch, tuberculös oder sehr nervös waren. Bei Allen gelang die Hypnose nach Bernheim's Methode leicht und blieb ohne üble Folgen; die Suggestion stellte die Stimme wieder her (nur in 2 Fällen erst immer die 2. Suggestion), doch war die Dauer der Heilung verschieden. Bei 2 andern Patientinnen gelang die Hypnose überhaupt nicht. Schn. will deshalb die Hypnose mehr als früher zur Behandlung dieser Erkrankung angewendet wissen, ohne zu behaupten, dass sie als sicheres Heilmittel zu betrachten sei. Bezüglich einzelner Details muss auf das Original verwiesen werden. CHIARI.

115) **H. Port** (London). **Recurrenslähmung. (Paralysis of recurrent laryngeal nerve.)** *Brit. Med. Journ. 9. März 1889.*

Demonstration des Patienten vor der Hunterian Society am 27. Februar 1889. Die Lähmung folgte einer Thoraxverletzung durch Ueberfahren. Der Patient bekam leichte linksseitige Pleuritis und linksseitige vollkommene Stimmbandlähmung, die nach dreimonatlicher Faradisation fast völlig zurückging. Der Vortragende war der Ansicht, dass die Lähmung durch Druck eines mediastinalen Blutgerinnsels auf den Recurrens hervorgebracht worden sei, und dass nach Absorption des Coagulums der Nerv seine Thätigkeit wieder aufgenommen habe.

SEMON.

116) **L. Grünwald. Ein Fall von primärem Pflasterepithelkrebs der Lunge** [mit Recurrenslähmung Red.]. *Münchener med. Wochenschrift. No. 32, 33. 1889.*

Der Fall hat dadurch Interesse, dass einmal primäre Lungencarcinome von den Alveolarendothelien ausgehend sehr selten sind und weil schon sehr frühzeitig eine linksseitige Recurrenslähmung vorhanden war. Die Lähmung rührte, wie die Section ergab, von einer Compression des N. recurrens durch entartete Bronchialdrüsen am Hilus her, auch war der Oesophagus dicht über der Bifurcation

der Trachea beträchtlich verengt und mit der Trachea durch eine Masse dichten, weissen und derben Gewebes verwachsen. SCHECH.

117) **Martius** (Berlin). **Zwei bemerkenswerthe Fälle von Stimmbandlähmung.** *Charité-Annalen. XIV. 1889.*

In dem 1. Falle handelte es sich um ein 13jähriges Kind mit Diphtheritis, bei welchem am 11. Tage der Erkrankung eine Parese des linken Stimmbandes constatirt wurde, die 3 Tage andauerte, am 4. Tage Morgens fand sich linksseitige Posticuslähmung, einige Stunden später totale linksseitige Stimmbandlähmung, 2 Stunden später erfolgte der Tod unter plötzlich zunehmender Herzschwäche. Bei der Obduction zeigte sich der linke Vagus in der Höhe des Larynx in der Ausdehnung von einigen Centimetern mit einer geringen Menge von Eiter umgeben, der die Maschen des lockeren Bindegewebes um den Nerven herum anfüllte. Es hat sich also diese Lähmung nach dem Rosenbach-Semon'schen Gesetze unmittelbar unter den Augen des Autors entwickelt.

2. 48jähriger Mann mit linksseitiger Stimmbandlähmung, deren Aetiologie erst bei der Obduction klar gestellt wurde. Es handelte sich um ein ulcerirtes Oesophaguscarcinom. Der carcinomatöse Process war per continuitatem in dem mediastinalem Bindegewebe nach oben fortgekrochen, um auch den linken Recurrens einzubetten und zu zerstören. SEIFERT.

118) **Pleskoff** (Odessa). **Ueber die Recurrenslämungen unter besonderer Berücksichtigung der in der Heidelberger ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten beobachteten Fälle.** Inaug.-Dissert. Heidelberg. 1889.

Das Material umfasst 39 Fälle, unter denen 27 mal die Lähmung auf der linken, 11 mal auf der rechten und in einem Falle auf beiden Seiten beobachtet wurde.

In zwei Fällen handelte es sich um Aneurysma der Aorta, in 2 Fällen um Durchtrennung des Recurrens bei der Strumectomie, in 2 Fällen um Stimmbandlähmungen in Folge von Oesophaguscarcinom, in 8 Fällen konnte nur eine sogenannte rheumatische Stimmbandlähmung angenommen werden. In einem dieser letztgenannten Fälle wurde unter dem Einfluss des Strychnins eine vollständige Heilung erzielt. In 2 Fällen war Hysterie die Ursache der Recurrenslähmung. In dem Rest von Fällen kamen verschiedene Ursachen in Betracht (Tumoren am Halse, Catarrh etc.). SEIFERT.

119) **J. M. Neumann** (Pest). **Ein Fall von doppelseitiger vollständiger Stimmritzenlähmung.** Gesellschaft der Aerzte in Pest. 6. April 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 15. 1889.*

Beide Stimmbänder sind völlig gelähmt; die Glottis ist nicht verengt, sondern erweitert. (Das ist doch nicht möglich!! Anmerkung des Referenten.) Uebrigens heisst es später, dass die Stimmbänder in Leichenstellung standen; man muss da eine ungenaue Wiedergabe des Vortrages annehmen. N. führt diese Veränderungen auf beiderseitige Recurrenslähmung mit Degeneration des Nerven zurück. Ursache der Recurrenslähmung gaben palpable Lymphdrüsen ab. CHIARI.

120) **Neumann** (Pest). **Ein Fall von vollständiger Kehlkopflähmung.** Pathologisch-anatomische Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte in Pest. 4. Mai 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 19. 1889.*

Wahrscheinlich stammt das Präparat von dem Kranken, den N. am 6. April vorgestellt hatte. Ueber den Befund selbst ist nichts erwähnt. CHIARI.

121) **Heymann** (Erlangen). **Zwei Fälle von Lähmung des Musculus crico-thyreoideus.** *Archiv f. klin. Med. 44. Bd. 5. u. 6. Heft. Juni 1889.*

Der erste Fall betrifft einen 18jährigen Mann, dessen Larynx anästhetisch war; die Anästhesie erstreckte sich auch auf die Gaumen, den Sinus pyroformis. Sprache völlig klanglos, bei der Phonation elliptischer Spalt, Zwischenraum zwischen Schild- und Ringknorpel bleibt bei Phonationsversuchen unverändert. Im weiteren Verlauf Schluckbeschwerden, Ernährung mit der Schlundsonde Als besonders auffallend erscheint das Unsichtbarwerden des Proc. vocalis bei der Phonation; ein Schlottern der Stimmbänder konnte nicht constatirt werden. Wie Verf. selbst bemerkt und was auch Referent gegen die Reinheit des Falles anführen möchte, ist die völlige Aphonie, auch war der Arytaen. transversus gelähmt. Dass der A. cricothyreoideus doppelt vom Lat. sup. und Recurrens versorgt wird, ist durch klinische und experimentelle und anatomische Untersuchungen erwiesen Als Beispiel führt Heymann einen eine 25jährige Dame betreffenden Fall an, bei der linksseitige Lähmung der vom Recurrens versorgten Muskeln mit Ausnahme des Posticus, sowie Lähmung des linken Cricothyreoideus bestand. SCHECH.

## f. Schilddrüse.

122) **Kocher** (Bern). **Bericht über weitere 250 Kropfexstirpationen.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 1. 1889.*

Schon 1882 sprach K. im genannten Blatte den Satz aus: „Die rechtzeitige Excision eines gewöhnlichen Kropfs ist eine ungefährliche Operation". Als ungewöhnliche Kröpfe bezeichnet er nur die malignen und die Basedowschen. Unter den 250 Fällen waren 20 der erstern und 5 der letztern. Von den malignen starben 3, von den Basedow'schen einer. Die übrigen 225 Exstirpationen lieferten nur 2 Fälle, d. i. 0,8 pCt. Mortalität, und von diesen handelte es sich im einen um eine Ethylenvergiftung, der andere war sterbend auf die Klinik gebracht worden. K. schliesst daraus, dass „die Operation einer Struma, selbst unter sehr schwierigen Verhältnissen, bei jeder Grösse und jedem Alter zu einer völlig gefahrlosen geworden ist und dass von Mortalität in Folge einer Kropfexstirpation nicht mehr gesprochen zu werden braucht."

Nach dieser Statistik bespricht Verf. die verschiedenen wichtigen Punkte bei der Operation. Er hebt hier auch das anatomische Verhältniss zwischen dem Grenzstrang und den Rami cardiaci des Sympathicus hervor, welche auch vor der Art. thyreoid. inf. liegen können und deutet an, dass dasselbe für die Frage der spätern Folgen eine Bedeutung haben möge, die er anderweitig discutiren werde. Das Nähere über die Operation und die Besprechung der verschiedenen Methoden

sind in der wichtigen Arbeit selbst nachzulesen. Die am Schlusse aufgezählten Indicationen für die verschiedenen Operationsverfahren hingegen mögen als von weiterem Interesse hier kurz folgen. — „Es lässt sich im Allgemeinen der Satz aufstellen: Exstirpation bei diffusen Erkrankungen, Enucleation bei umschriebener Knotenbildung".

Specielle Indicationen der Exstirpation:

1) bei malignen Strumen, und zwar alle Fälle, bei welchen ein gegründeter Verdacht auf Malignität besteht. Dahin rechnet K. jeden Kropf, welcher bei einem Erwachsenen unmotivirt zu wachsen oder Beschwerden zu machen anfängt, es sei denn, dass der Eintritt von Blutungen oder Entzündung und ähnliche Veränderungen sich als Erklärung nachweisen lassen;

2) bei entzündeten Strumen, hier ist zur Erzielung eines glatten Wundverlaufs die Entfernung der entzündeten Geschwulst in toto das einzige Richtige. Entzündete Cysten machen eine Ausnahme;

3) bei diffusen sog. Hypertrophien der Schilddrüse, hauptsächlich die Formen, in denen nicht nur die Follikel gewuchert und entartet sind, sondern auch das Zwischengewebe in analoge, zumal colloide Entartung hineingezogen ist.

Die Enucleation (Porta-Socin'sche Methode) ist indicirt:

1) bei Cystenkröpfen, selbst entzündete Cysten fallen zum Theil der Enucleation zu;

2) bei isolirten grössern Kropfknoten, wenn dieselben feste Consistenz genug haben und locker eingebettet sind, um rasch und ohne starke Blutung stumpf ausgeschält werden zu können;

3) bei Vorhandensein grosser Knoten in unbeweglichen Kröpfen, wenn die Isolirung einer Schilddrüsenhälfte nicht möglich ist, d. h. der betreffende Lappen sich wegen Einkeilung nicht herausheben lässt.

K. schildert übrigens die Enucleation gegenüber Socin, Keser, Garré, als eine keineswegs immer leichte und oft sehr blutige Operation. Auch bestreitet er gegenüber Socin und Billroth den kosmetischen Vortheil dieser Methode vor der Exstirpation, indem die Entstellung des Halses nach Kropfexcisionen nicht diesen an sich, sondern den dabei oft geübten aber zu vermeidenden Muskeldurchschneidungen zur Last falle.

Die Evacuation (Evidement), welche der Enucleation verwandt ist, aber viel rascher und daher mit weniger Blutverlust ausgeführt werden kann, empfiehlt Verf. 1) für isolirte kleine und grössere Knoten von weicher Consistenz in relativ gut erhaltenem Drüsengewebe, 2) unter den als 3. Indication für die Enucleation angegebenen Verhältnissen, wenn die Knoten weich sind und viele Gefässverbindungen mit Nachbarschaft haben.

Die Resection (Mikuliz) als die allgemeine Methode tritt an Stelle der beiden vorgenannten für die zahlreichen Fälle, welche den oben aufgestellten Bedingungen nicht scharf entsprechen. Sie sei die eigentliche Normalmethode. Sie allein enthebe den Chirurgen der ängstlichen Beurtheilung, ob auf der andern Seite genügend functionsfähige gesunde Drüsensubstanz vorhanden sei.

Die Ligatur der Schilddrüsenarterien (Porta-Wölfler) endlich

soll bei Struma vasculosa, in specie bei der Basedow'schen Krankheit, sei es als ausreichende Behandlung, sei es blos als Einleitung zu einer später vorzunehmenden partiellen Exstirpation resp. Resection ausgeführt werden.

JONQUIÈRE.

123) L. Picqué. **Enormer Cystenkropf mit plötzlichem Entstehen. — Thyreidectomie. — Heilung. (Énorme goître kystique à développement rapide. — Thyroidectomie. — Guérison.)** *Arch. de laryngologie etc. No. 1. Febr. 1889.*

Mittheilung eines Falles, Betrachtungen über die Thyroidectomie, über die intraglanduläre Ausschälung, die operative Technik und Theorie. E. J. MOURE.

124) Th. Raymond. **Cystenkropf; Thyroidectomie; Heilung. (Goître kystique; Thyroidectomie; Guérison.)** *Journ. de la soc. de méd. de la Haut-Vienne. Februar 1889.*

Die Jodinjectionen sind für wenig umfangreiche Cystenkröpfe geeignet; wenn die Heilung nicht nach 4 oder 5 Tagen erfolgt, wird man zur Operation schreiten. Für alte Kröpfe wird die Abtragung vorgezogen werden müssen, doch wird man von der Schilddrüse möglichst wenig fortschneiden. E. J. MOURE.

125) Bose (Giessen). **Die künstliche Blutleere bei Ausschälung von Kropfknoten.** *Centralbl. f. Chirurgie. 1. 1889.*

Nach Freilegung des vergrösserten Schildddrüsenabschnittes und Ablösung der Drüse von der Nachbarschaft (auf stumpfem Wege) kann man jeden nicht malignen Kropf aus der Tiefe heraus luxiren. Es wird dann, wie bei der Elevation von Extremitäten, in dieser Stellung eine Verminderung des Blutgehaltes der Drüse sich erzielen lassen und durch Umlegung einer elastischen Ligatur hinter den grössten Durchmesser der Geschwulst die Operation blutleer vornehmen lassen.

SEIFERT.

126) Ak. Paky (Pest). **Ueber die Behandlung der Struma, im Anschluss an 6 operirte Fälle.** Gesellschaft der Aerzte in Pest. 28. März 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 13. 1889.*

Bei Struma cystica seien Injectionen von Jodlösung nur bei uniloculären Cysten mit glatter Wand anwendbar; bei vielen Cysten mit dicker Wand aber nutzlos und gefährlich. In 2 solchen Fällen exstirpirte er die Cysten. Die weiteren Ausführungen über die Behandlung der Struma parenchymatosa, über Cachexia strumipriva, über totale und partielle Exstirpationen bringen nichts Neues.

CHIARI.

127) Janny (Pest). **Ein geheilter Fall von Struma-Exstirpation.** Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte in Pest. 8. Juni 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 24. 1889.*

J. exstirpirte die Struma unter besonderen Schwierigkeiten. Nach der Narcose trat Asphyxie ein, die J. durch künstliche Athmung beseitigen konnte. Doch stellte sich dieselbe sofort wieder ein, als mit der künstlichen Athmung aufgehört wurde. Es war daher nöthig, unter fortgesetzter künstlicher Athmung die Operation zu vollenden. Die künstliche Athmung konnte erst dann weggelassen

werden, als der zwischen Trachea und Oesophagus gelegene Theil der Struma entfernt war. CHIARI.

128) **Weinlechner** (Wien). **Kropfexstirpation in 2 Zeiten.** Demonstration der Kranken in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 8. Mai 1889. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 19. 1889.*

Wegen der besonderen Grösse des Kropfes (Halsumfang 59 und 62 Ctm.) wurde zuerst die rechte und dann die linke Hälfte entfernt und ein Stück von der Grösse eines halben Hühnereis belassen. Die beiden Operationen waren wegen der ausgedehnten Venen sehr schwierig; die gesammte Schilddrüse war colloid degenerirt, so dass eine Ausschälung von Knoten nicht möglich war. Das rechte Stimmband war nach der Operation gelähmt. Die Heilung ging gut von statten. CHIARI.

## g. Oesophagus.

129) **v. Hacker** (Wien). **Ueber Oesophagoskopie.** Vortrag mit Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 31. Mai 1889. *Wiener klin. Wochenschr. No. 23.* 1889.

v. Hacker, der seit 2 Jahren regelmässig Oesophaguskranke der Klinik Billroth untersucht, stellt einen Mann vor, bei dem mittelst des Mikulicz-Leiter'schen geraden Oesophagoscopes die frühzeitige Diagnose eines Carcinoms gelang; es konnten nämlich nicht blos das in der Höhe des Zwerchfells sitzende Krebsgeschwür gesehen, sondern aus demselben papilläre Wucherungen mit Hilfe einer langen Zange entfernt werden. Diese Wucherungen zeigten unter dem Mikroskope deutliche carcinomatöse Structur. v. Hacker hat öfters Verätzungsstricturen gesehen und auch sondirt; Carcinome wurden oft exact beobachtet, Fremdkörper (Fleischstücke, Zahnersatzstücke) konnten in mehreren Fällen nicht blos gesehen, sondern auch mit der langen Zange extrahirt werden. Endlich zeigte die Oesophagoscopie in 2 Fällen von Schlingbeschwerden ohne Stenose merkwürdige Befunde: einmal im Halstheile streifenartige Verschorfung ähnlich wie bei frischen Verätzungen und einmal in der Gegend des Zwerchfelles mehrere Einrisse (Fissuren) der Schleimhaut. v. Hacker glaubt, dass durch diese Einrisse ein Krampf des Oesophagus veranlasst werden könne, ähnlich wie bei Fissura ani. Es wäre nur zu wünschen, dass v. Hacker bald ausführliche Mittheilungen über dieses höchst wichtige Thema geben würde. CHIARI.

130) **Brosset. Angeborene Perforation des Oesophagus. (Perforation congénitale de l'oesophage.)** Soc. des science méd. de Lyon in: *La Province méd. 23. Febr.* 1889.

Der Autor zeigt die anatomischen Verhältnisse der Theile bei 2 Kindern, von denen das eine 2, das andere 5 Tage lebte und dann Erstickungsanfällen erlag. E. J. MOURE.

131) **Pertik** (Pest). **Ein Fall von Ulcus rotundum im Oesophagus mit Durchbruch in die Aorta thoracica.** Pathologisch-anatomische Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte in Prag am 8. Juni 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 24. 1889.*

Genauere Angaben fehlen. CHIARI.

132) **T. Piéchaud. Ein Fall von Verengerung des Oesophagus. Diagnose und Behandlung. (Sur un cas de retrécissement de l'oesophage. Diagnostic et traitement.)** *Gaz. hebd. des Scienes. méd. de Bordeaux. 10. Febr. 1889.*

Gelegentlich der Mittheilung eines Falles, in dem ein Kind auf seiner Abtheilung an Oesophagusstenose starb, ergeht sich Verf. über die Diagnose der verschiedenen Verengerungen. Bez. der Behandlung wird man, wenn man die milderen Methoden versucht hat, vorzüglich zu der Gastrostomie greifen.

E. J. MOURE.

133) **Hoffmann** (Greifswald). **Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus mit Divertikelbildung dieses Organs.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1889.*

Bei einem Geisteskranken, der sich in selbstmörderischer Absicht einen Porcellanscherben in den Schlund gestossen. den per vias naturales zu entfernen nicht gelang, wurde die Pharyngotomia subhyoidea gemacht und dann der 13 Ctm. lange, 4 Ctm. breite Scherben durch den Mund herausgedrückt. Der Kranke starb. Bei der Obduction fand sich hinten und linksseitlich neben dem Oesophagus eine 14 Ctm. lange Höhle mit buchtigen Wandungen, Abscess, der in der Höhe der Plic. ary-epiglott. mit dem Pharynx durch eine kleine Oeffnung communicirte.

Angesichts dieses Befundes erscheint die Ueberschrift kaum gerechtfertigt.

LANDGRAF.

134) **K. Hagenbuch** (Basel). **Casuistische Beiträge zur retrograden Dilatation von Oesophagusstricturen.** *Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte. No. 5. 1889.*

Material Socins. Zwei Fälle, welche beide von zu diesem Zwecke angelegten Magenfisteln aus dilatirt wurden, nachdem die Sondirung per os erfolglos gewesen war. Die eine Strictur, welche carcinomatöser Natur war, zeigt nur vorübergehende, aber deutliche Besserung, im zweiten Fall, einer Strictur durch Schwefelsäure, scheint der Grund zu einer anhaltenden Erweiterung gelegt worden zu sein. Verf. zählt verschiedene Vorgänger für die genannte einleuchtende Behandlungsmethode auf. JONQUIÈRE.

# III. Gesellschaftsberichte.

## a) Bericht über die Sitzung der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie.

(Abtheilung für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.)

Sitzung vom 10. und 11. Mai 1889.

Vorsitzender: Dr. E. J. Moure.

### Kehlkopfblutungen von menstruellem Charakter.

Dr. Ruault.

Es handelt sich um eine 39jährige Kranke, Familienmutter, neurotisch, nicht tuberculös, nicht herzkrank, auch nicht haemophil. Seit 3 Jahren wirft sie kleinere Mengen Blut, besonders zur Zeit der monatlichen Periode aus. Die laryngoskopische Untersuchung liess wiederholt subepitheliale oder submucöse Blutaustretungen erkennen, die stets die Stimmbänder einnahmen. Redner glaubt, dass es sich in diesem Falle um eine reflectorische Fluxion des Blutes handelt, die vom Uterus und den Ovarien her ausgelöst wird. Nach seiner Meinung ist ein grosser Theil aller hämorrhagischen Kehlkopfentzündungen auf diese Ursache zu beziehen.

### Kehlkopfblutung; Lähmung der Verengerer der Glottis.

Dr. Moure (Bordeaux).

Der Vortragende erinnert an die engen Beziehungen, die zwischen Genitalorganen und Larynx bestehen. Er berichtet darauf über eine Beobachtung an einem 30jährigen neuropathischen Fräulein, das eine Lähmung der Glottisschliesser, die besonders die Interarytaenoidei betraf und eine wirkliche Blutgeschwulst des rechten Stimmbandes (am hinteren Drittel) mit Ecchymosen am linken Stimmbande bekam. Die erstgenannte Affection wich bei directer Elektrisirung der Stimmbänder. Die zweite verschwand von selbst, aber beim Eintritt der Periode bildeten sich dieselben Erscheinungen wieder aus. Bei der folgenden Menstruation wurde die Expectoration blutiger Sputa und im Kehlkopf hämorrhagische Ergüsse constatirt.

Douchen, Brom und Stimmgymnastik wurden zur Bekämpfung der verschiedenen Unfälle empfohlen.

Discussion:

Poyet sah die Blutungen stets nach Anstrengungen der Stimme auftreten.

Ruault erklärt, dass in seinem Falle die Hämorrhagie ohne voraufgehende Anstrengung als Reflexwirkung von Uterus und Ovarien aus eintrat.

Suarez sah eine Hämorrhagie nach galvanischer Zerstörung des erectilen Gewebes der Nasenmuscheln.

Baratoux hat 4 Fälle von hämorrhagischer Laryngitis beobachtet.

### Papillom der rechten Nasenhöhle.

Dr. Noquet (Lille).

Redner behauptet, dass das wahre Papillom sich selten in der Nasenhöhle findet; er beschreibt darauf den einzigen ganz reinen Fall dieser Art, den er bisher beobachtet hat. Der Tumor, den er mit der kalten Schlinge entfernt hat, hatte die Grösse einer starken Maulbeere, die Oberfläche war ebenfalls maulbeerenartig, von dunkelrother Farbe, weicher Consistenz und leicht blutend. Die Basis des Tumors stand mit dem vorderen Ende des Bodens der Nasenhöhle in Verbindung; sie war dort durch einen dünnen centralen Stiel befestigt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Neubildung ein wirkliches Papillom darstellte, das unter die Schleimhautpapillome zu rechnen wäre.

Discussion:

Ruault ist der Meinung, dass es sich in Noquet's Falle eher um eine Hypertrophie der Schleimhaut, als um ein richtiges Papillom handelte.

Chatellier und Moure sind derselben Ansicht; sie halten die wirklichen Papillome der Nasenhöhle für ungemein selten.

### Die Luschka'sche Bursa pharyngea. Mit Demonstration von Präparaten.

Dr. Gellé.

G. stellt eine schöne typische Bursa pharyngea vor und erinnert an Tornwaldt's Darlegungen über diesen Gegenstand.

Ruault fand eine solche Bursa nur an einer unter 7 Leichen.

Chatellier sah eine solche bei einem Kranken, aber bei genauerer Untersuchung erkannte er, dass es sich um adenoide Vegetationen im regressiven Stadium handelte.

Baratoux konnte die Bursa nie an einem Cadaver finden.

Moure glaubt wohl an ihre Existenz, meint aber, dass man ihre Häufigkeit stark übertrieben hat. Die adenoiden Vegetationen auf dem Wege der Rückbildung können leicht zu Verwechslungen Anlass geben.

### Ein Fall von Ictus laryngis.

Dr. Garel (Lyon).

Garel berichtet über einen 42jährigen Arthritiker, der bereits 4 Anfälle von Ictus laryngis gehabt hat. Die Krisen beginnen mit einem Gefühl von Kitzel im Kehlkopf, darauf Congestion zum Gesicht. Dyspnoë, klonische Krämpfe der oberen Extremitäten, die mit Bewusstlosigkeit und Blässe des Gesichts einhergehen. Nach dem Anfall werden noch krampfartige Bewegungen der Arme ausgeführt und der Kranke vermag sich alles dessen zu erinnern, was vorgegangen ist. Der Ictus tritt nur dann ein, wenn die durch die Hustenanfälle veranlasste Asphyxie einen gewissen Grad erreicht, die Reizung des Kehlkopfs spielt nur eine secundäre Rolle. — Der Kranke bietet sonst keine pathologischen Störungen dar.

### Erweiterung der Keilbeinhöhlen durch Flüssigkeitsvermehrung und -retention; darauf folgende Verstopfung der hinteren Nasenhöhle.

Dr. Rolland (Montreal).

Es handelt sich um eine 23jährige Dame, die über Verstopfung der Nase, Kopfschmerzen, Gedächtnissverlust und Schlaflosigkeit klagte. Die Schleimhaut der unteren und mittleren Nasenmuscheln ist beiderseits atrophisch. Hinten constatirt man eine rundliche Knochengeschwulst, die die Nase verschliesst. Die Choanen sind vollständig verstopft, in der Mittellinie bemerkt man einen Vorsprung, der das hintere Ende der Nasenscheidewand bildet. Die oberen drei Viertel des Tumors sind hart, das untere Viertel hat eine gewisse Elasticität. Rolland stellte die Diagnose auf Dilatation der Keilbeinhöhle und machte in der unteren Seite des Tumors eine Oeffnung, aus der eine wässrige Flüssigkeit abfloss, die nicht die Eigenschaften der Cerebrospinalflüssigkeit besass. Die verschiedenen Symptome schwanden nun schnell.

### Modification der galvanischen Schlinge für Polypen, die im hintersten Theile der Nasenhöhle inseriren.

Dr. Wagnier (Lille).

Nachdem der Tumor theilweise mit der galvanischen, ziemlich starken Drahtschlinge gefasst ist, zieht man die Schlinge ein wenig stärker an und lässt dann den Strom einen Augenblick ohne Traction hindurchgehen. Dann fährt man damit fort, dass man den Faden straff anzieht, ohne bis zur Durchschneidung zu gehen. Eine Tractionsbewegung reisst schliesslich den Polypen auf einmal von seiner Insertion los. Diese gewöhnlich dünne Insertion und die im Allgemeinen mehr fibrösen als Schleimgeschwülsten ähnlichen Polypen machen diese Methode für die Praxis sehr geeignet.

### Kehlkopfaffectionen bei hereditärer Spätlues.

Dr. Cartaz (Paris).

Cartaz berichtet über 3 Fälle von Kehlkopferkrankungen bei Individuen von 12, 13 und 20 Jahren, die an hereditärer Syphilis litten. Er constatirt die relative Seltenheit dieser Fälle, Redner hat deren im Ganzen 27 gesammelt. Diese Zufälle scheinen sich vom 3. bis zum 28. Jahre zu entwickeln, Mädchen erkranken im Verhältniss 2:3 Knaben. Cartaz spricht über die verschiedenen Störungen, zu denen die Affection führt, Störungen, welche sich in nichts von denen bei erworbener Syphilis unterscheiden. — Redner betont das häufige Zusammenbestehen syphilitischer Veränderungen an Hals, Pharynx, Gaumensegel und Epiglottis.

Wagnier erinnert daran, dass nach Heilung des Kehlkopfs sich eine Trachealstenose ausbilden kann.

Moure glaubt nicht, dass diese Zufälle bei hereditärer Lues tardiva so selten sind, wie Cartaz annimmt; die kleine Zahl der publicirten Fälle erklärt sich daher, dass die Aufmerksamkeit auf diese Seite der Krankheit erst seit wenigen Jahren gerichtet worden ist.

### Chronisches Oedem der Augenlider nach wiederholt auftretendem Erysipel des Gesichts von pharyngealem Ursprung.
Dr. Lavrand.

Lavrand beobachtete einen 15jährigen Knaben mit chronischem Oedem der Augenlider. Von Seiten des Sehorgans lag nichts vor, was dies Phänomen erklärt hätte; man musste dasselbe in Verbindung bringen mit einem Erysipel des Gesichts, das in Wiederholungen auftrat und stets im Nasenrachenraum seinen Ursprung nahm. Die Schleimhaut der Nasenhöhle war geschwollen, die Luschka-sche Drüse vergrössert, weich und brüchig. Irrigationen von Chlorkalilösungen in den Nasenrachenraum, Gurgelungen und Leberthran wurden mit Erfolg in Anwendung gezogen.

Es erscheint danach geboten, in Fällen von wiederholtem Erysipel die Nasenhöhle und den Nasenrachenraum zu untersuchen und eine locale Behandlung einzuleiten, sobald eine solche am Platze ist.

Herr Moure fragt, ob der Urin in diesem Falle untersucht worden ist.

Herr Lavrand antwortet, dass eine Untersuchung des Urins nicht stattgefunden hat.

Herr Suarez legt ein Präparat von einem Kehlkopf vor.

(Schluss der Sitzung.) E. J. MOURE.

---

## b) Dritte Versammlung der British Laryngological and Rhinological Association.

**Abgehalten am 27. März 1889 in London.**

Vorsitzender: Sir Morell Mackenzie.

*(Journal of Laryngology. April und Mai 1889)*

I. Mr. Lennox Browne (London) trug vor über „Die relativen Vorzüge der frühen und der späten Tracheotomie bei chronischen Kehlkopfkrankheiten." — Zuerst stellte der Redner einige allgemeine Principien auf, die uns bei der Entscheidung, ob die Tracheotomie ausgeführt werden muss oder nicht, leiten sollen. Er ging dann zur Frage der frühen oder späten Tracheotomie über und behandelte dieselbe in mehreren Abtheilungen mit Berücksichtigung folgender Krankheiten: 1. chronische Entzündung und Perichondritis; 2. Lupus; 3. Tuberculose; 4. Syphilis; 5. gutartige Geschwülste; 6. maligne Geschwülste und 7. Neurosen.

Seine Anschauungen sind nach seiner eigenen kurzen Zusammenfassung folgende:

**1. Bei chronischer Laryngitis ausserhalb der Glottis und bei Perichondritis, die zur subglottischen Stenose führt, ist die Frühtracheotomie mit Liegenlssen der Canüle angezeigt.**

**2. Bei tuberculöser Laryngitis ist weder die frühe noch die späte Tracheotomie indicirt.**

3. Selten ist sie bei Lupus nöthig.

4. Bei Oedem im Verlaufe von Laryngitis syphilitica ist die Tracheotomie erst, wenn alle anderen Massnahmen sich als vergeblich erwiesen haben, vorzunehmen. Es besteht dann die berechtigte Aussicht, dass die Canüle späterhin entfernt werden kann. Die Tracheotomie ist bei syphilitischen Stenosen allen Dilatationsversuchen vorzuziehen, aber im Allgemeinen muss die Canüle das ganze Leben getragen werden.

5. Die Operation kann bei gutartigen Geschwülsten nöthig werden und wird dann besser frühzeitig ausgeführt.

6. Die Frühtracheotomie ist in Fällen von maligner Kehlkopferkrankung stark indicirt als das sicherste und zuverlässigste Mittel zur Verlängerung eines erträglichen Zustandes; in dieser Hinsicht ist sie sogar den Versuchen der Radicaloperation überlegen.

7. Bei bilateraler Lähmung der Abductoren ist die Tracheotomie nothwendig und sollte, wenn die Behandlung den Fortschritt der Krankheit nicht zu hemmen vermag, nicht erst lange aufgeschoben werden.

Discussion:

Dundas Grant (London) erklärt sich im Allgemeinen einverstanden mit den vom Redner geäusserten Ansichten und meint, dass viel mehr Schaden durch die zu späte Operation angerichtet würde, als durch eine zu frühe. Wir sollten, glaubt er, vorsichtig sein gegenüber der Anschauung, dass bei Abductorenlähmung ein Aufschub der Tracheotomie geboten sei. — Vollständig stimmt er dagegen darin mit Browne überein, dass er zur frühen Tracheotomie bei malignen Krankheiten räth.

Hunt (Liverpool) ist geneigt zu glauben, dass die Tracheotomie bei tuberculöser Erkrankung ein Mittel ist, den Fortschritt der Krankheit aufzuhalten; er hat Fälle dieser Art auf dem Continent beobachtet.

Mac Intyre (Glasgow) würde es für einen Fehler halten, wollte man die Exstirpation bei bösartigen Krankheiten zu Gunsten der Tracheotomie einschränken; er erwähnt einen Fall, der beide Behandlungsmethoden illustrirt. Bei tuberculöser Erkrankung ist er gewohnt zu warten, bis die Dyspnoë lästig wird.

J. B. Jessett (London) hält es für Pflicht, bei einem Fall von maligner Erkrankung, den man frühzeitig zu sehen bekommt, die Exstirpation des Larynx vorzunehmen. Die Gefahren der Operation würden verringert, wenn man mehr Werth darauf legte, das Herabfliessen von Blut in die Lungen zu verhindern.

Stoker (London) ist Gegner der Frühtracheotomie, die erst, wenn drängende Symptome vorliegen, vorgenommen werden soll; er glaubt, dass das Hinstreichen

der Luft über den Larynx eine heilsame Wirkung ausübt und zur Entfernung secernirter Massen beiträgt.

Der Vorsitzende findet die in der Discussion vorgetragenen Anschauungen sehr interessant. In fast jedem Fall von Tracheotomie bei chronischer Erkrankung würde der Zustand des Pat. durch die Operation zu einem unbequemeren gemacht. Was seine eigene Erfahrung anlangt, so sah er nie irgend welchen Nutzen aus der Tracheotomie erwachsen weder bei chronischer Perichondritis, noch bei Kehlkopfphthise. Von alter syphilitischer Erkrankung sah er nie einen Fall, der operirt war, bei dem es möglich wurde, die Canüle herauszunehmen; und darum erklärt er sich gegen die Frühtracheotomie.

Bei Krebs, glaubt er, gewährt die Tracheotomie nicht den geringsten Vortheil; in der That, das einzige ist, dass die ständige Reizung durch die Canüle, das Vorschreiten der Krankheit zu einem rapideren zu machen geeignet ist.

II. Charles Warden (Birmingham) sprach darauf über Parosphresia und Parageusia.

Redner entwickelt die verschiedenen Ursachen etc. dieser Zustände im Anschluss an einen Fall, den er mit allen Einzelheiten berichtet. Seine eigenen Ansichten fasst er in so schwerfällige Reden, dass es unmöglich ist, sie wiederzugeben.

III. George Stoker (London) hielt einen Vortrag über „Anaesthetica bei Nasen- und Halsoperationen.“

Redner sieht im Cocain das einzige lokale Anästheticum; er gebraucht es in 20procent. Lösung für alle kleineren Operationen.

Als allgemeines Anästheticum hat er Stickstoffoxydul zur Entfernung der Tonsillen, besonders bei Kindern, angewendet. Für längere Operationen hält er den Gebrauch von Stickstoffoxydul mit nachfolgender Aether- und schliesslicher Chloroformnarcose für ausserordentlich geeignet — das erste, um Insensibilität herbeizuführen, das zweite um complete Anästhesie zu bewirken, Chloroform endlich um die letztere zu unterhalten.

Die besondere Schwierigkeit bei Operationen am Hals und Nase — das Eindringen von Blut in die Luftwege — ist vollständig zu vermeiden durch die von Howard angegebene Kopf-Extensionsmethode.

In seinen Schlussfolgerungen empfiehlt Redner die letztgenannte Lagerung des Patienten als ein leichtes Mittel zur Ausführung intralaryngealer Operationen unter dem Einfluss von Anästheticis.

Discussion:

Dundas Grant (London) fand das Stickstoffoxydul äusserst brauchbar zur Entfernung adenoider Geschwülste sowohl, als zur Tonsillotomie und zu andern kleinen Operationen.

Lennox Browne (London) hält es nicht für nothwendig, eine so starke Cocainlösung anzuwenden, wie sie Stoker empfohlen hat. Er fand eine Lösung

von 10 pCt. vollkommen ausreichend, wenn sie in angemessener Weise applicirt würde. Auch er betont, dass Cocain zur Stellung der Diagnose hilft, Stickstoffoxydul dagegen diese Hilfe nicht gewährt. Was die allgemeine Anästhetisirung anlangt, so fand er, dass er seine Patienten durch abwechselndes Stickstoffoxydul- und Aether-Athmen etwa 20 Minuten in Narcose zu halten vermochte.

Howard (London) empfiehlt dringend die herabhängende Stellung des Kopfes bei diesen Operationen.

Orwin (London) sprach zu Gunsten der Aether-Chloroform-Alcohol-Mixtur als eines Anästheticums von grossem Werth.

Thorburn (London) bekämpft die Aethernarcose, weil sie nach seinem Dafürhalten die Blutung durch Erzeugung von lokaler Congestion und Steigerung der Herzkräfte vermehrte. Er zieht das Chloroform vor.

Matheson hält Cocain für geeignet für Nasenoperationen und Aether für Operationen im Rachen.

IV. Kenneth Millican (London) hält den Vortrag über: „Einige neue Heilmittel bei Halskrankheiten".

Redner suchte die Aufmerksamkeeit auf einige in der Praxis noch unbekannte Mittel für Halskrankheiten zu lenken. Das erste unter ihnen war die Rosskastanie (Aesculus hippocastanum), die er sehr nützlich fand bei Pharyngitis granulosa und Tonsillitis, besonders wenn diese mit Magenstörungen einhergingen.

Bei Schwäche der Halsmusculatur erhielt er eine ausgesprochen gute Wirkung von ein oder zwei Tropfen Arnicatinctur.

Bei chronischem Rachen- und Kehlkopf-Catarrh, besonders wenn die Gefässe stark injicirt waren, sah er gute Resultate von der innerlichen Darreichung von Kalium bichromatum.

Doch scheint es, als ob der Redner noch über keines dieser Mittel ausreichende Erfahrungen gesammelt hat, um es über das Stadium des Versuchs hinausstellen zu können.

Der Vorsitzende, Dr. Millican, Howard und Grant nahmen an der Discussion Theil.

Der Letztere sprach sich dahin aus, dass man erst mehr Beweismaterial sammeln solle, ehe man swischen dem post hoc und dem propter hoc sich entschiede und diese Mittel für den Gebrauch adoptire.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

# IV. Briefkasten.

## Die Laryngologie und die Schlussprüfung.

Wir erfahren, dass sich die belgische Deputirtenkammer in nächster Zeit mit einer Revision der auf den höheren Unterricht bezüglichen Gesetze zu beschäftigen haben wird. Es wäre das eine treffliche Gelegenheit, ein gutes Beispiel in einer Frage zu geben, die in diesem Blatte bereits vor mehreren Jahren (vgl. IV., p. 41) angeregt worden ist: der Berücksichtigung der Laryngologie und Rhinologie bei der Schlussprüfung. Bisher hat sich keine Gelegenheit geboten, die damals ausgesprochenen dringenden Wünsche ernster Erwägung zu unterwerfen; möge die gegenwärtige sich darbietende Chance nicht ungenützt vorbei gelassen werden!

---

## Zur Operation der adenoiden Vegetationen in der Chloroformnarcose.

In einer Anmerkung zur deutschen Ausgabe des II. Bandes des Mackenzie-schen Lehrbuchs „Die Krankheiten des Halses und der Nase" habe ich mich vor mehr als fünf Jahren gegen die Anwendung der Chloroformnarcose bei der Operation der adenoiden Vegetationen ausgesprochen (l. c. p. 722). Nachdem weitere Erfahrungen im Laufe der letzten beiden Jahre mich belehrt haben, dass meine früheren Bedenken bei geeigneter Ausführung der Operation und richtiger Tiefe der Narcose nicht stichhaltig sind, halte ich es für meine Pflicht, dies rückhaltslos bekannt zu geben, da die Operation in der Narcose wegen der Abkürzung des ganzen Verfahrens in manchen Fällen vorzuziehen sein dürfte, und da meine an jener Stelle geäusserten Bedenken möglicherweise solche Collegen, die keine grossere eigene Erfahrung in dieser Frage haben, von der Benutzung der Narcose zurückschrecken dürften.

Ich habe mich nämlich überzeugt, dass, wenn die von einem geübten Chloroformisten zu leitende Narcose nicht zu tief ist, d. h. nicht bis zur Aufhebung des Hustenreflexes geht, und wenn der Patient mit leicht hängendem, etwas zur rechten Seite geneigtem Kopf gelagert wird, so dass das Blut durch die Nasenlöcher abfliessen kann, die von mir befürchtete Gefahr des Herabfliessens von Blut in die tieferen Luftwege in praxi kaum besteht. Ich führe unter diesen Umständen jetzt die Operation so aus, dass ich zur Rechten des in Rückenlage befindlichen Patienten stehe, dessen Mund durch einen zwischen die Backenzähne der linken Seite eingeführten Mundsperrer erweitert ist. Hinzufügen möchte ich, dass ich den Gebrauch der Loewenberg-Woakes'schen Zange fast ganz zu Gunsten des vortrefflichen Gottstein'schen gefensterten Messers aufgegeben habe, dass ich nach der Operation nicht mehr den Nasenrachenraum ausspritze und dass die Gründlichkeit der Entfernung die früher empfohlene, schliessliche Cauterisation mit Lapis überflüssig macht. — Natürlich muss eine grössere Anzahl von kleinen aseptischen Schwämmen, sicher befestigt an langen, geraden, starken Schwammhaltern, bereit sein, um während der Operation das reichlich fliessende Blut aus Mund und Hals auswischen zu können. Nach der Operation steht die Blutung fast immer sofort spontan. Felix Semon.

---

## Druckfehlerberichtigung.

Im Referat 182 der No. 5., p. 264, lies statt „Nosse" „Hoffa".

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang VI. Berlin, Januar. 1890. No. 7.

## I. Referate.

### a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) F. Cardone (Neapel). **Bericht der laryngologischen Klinik an der Universität zu Neapel über das Schuljahr 1887/88. (Rendiconto dell' anno scolastico 1887/88 della Clinica laringoiatrica dell' Università di Napoli.)** *Archivii ital. di Laringologia. Januar 1889.*

Eine kurz gehaltene, mit einzelnen Bemerkungen über die interessantesten Fälle versehene Darlegung der während des Schuljahres 1887—88 in der unter Prof. Massei's Leitung stehenden Klinik beobachteten und behandelten Fälle.

1047 Kranke; darunter 248 Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraums, 301 des Mundes und des Mundrachens, 474 des Kehlkopfs und der Luftröhre und 24 der Speiseröhre, Schilddrüse etc.

Die erste Gruppe umfasst Fälle von Circulationsstörungen der Nasenschleimhaut; 144 Fälle von Rhinitis in allen Formen; 40 Fälle von Ozaena; 15 von Syphilis; 23 Neubildungen; 15 mal Hauterkrankungen der Nase, Fremdkörper u. a. m. Bemerkenswerth sind: ein Fall von Necrose des Siebbeins in Folge von Syphilis, Reflexerscheinungen bei Nasenkrankheiten und beobachtete Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und denen der Thränenwege.

Die zweite Gruppe enthält 160 Fälle von Pharyngitis; 66 von Entzündung der Tonsillen; 46 syphilitische Affectionen; 6 nervöse Störungen im Rachen und verschiedene andere Fälle. Bemerkenswerth sind: ein Fall von Verwachsung des Zäpfchens mit dem Rachen in Folge eines Traumas; ein Fall von Spondylitis cervicalis etc.

Die dritte Gruppe besteht aus 474 Rachen- und Kehlkopfentzündungen, 93 Kehlkopfentzündungen, ferner aus Fällen von Kehlkopf-Luftröhrencatarrh, aus 47 Fällen von Kehlkopftuberculose, sodann 37 Syphilis, 30 nervöse Affectionen, 19 Neubildungen und verschiedene andere Fälle. Besonders bemerkenswerth sind: 2 Fälle von Laryngo-tracheitis hämorrhagica, 1 primäre Kehlkopftuberculose, 2 Fälle von Condylomen im Kehlkopf, 1 von Adductionsstellung des linken

Stimmbandes in Folge von centraler Läsion (Hämorrhagie?), 1 Fall von Erscheinungen Seitens des Kehlkopfs bei Tabes, 1 Fall von Fremdkörper (Dorn) in der Luftröhre, 1 Fall von Ichthyosis des Kehlkopfs.

Die vierte Gruppe endlich berichtet über Fälle von Oesophagitis, Oesophagusstenose, Fremdkörpern, Spasmen oder Lähmungen der Speiseröhre; ferner Kropf, Adenom des Halses etc.

Viele der wichtigeren Fälle haben den Gegenstand klinischer Vorträge und specieller Veröffentlichungen gebildet, über die das Centralblatt besonders berichtet hat. CARDONE.

2) **G. Romiti. Eine Beobachtung eines Arcus maxillo-temporalis infrajugularis und über die Entstehung der Theilung des Os maxillare beim Menschen. (Una osservazione d' arco maxillo-temporale infra-jugale e sopra la genesi della bipartizione del malare nell' uomo.)** *Gazzetta degli Ospitali an X. No. 4. 1889.*

Eine anatomische Beobachtung. CARDONE.

3) **Knox** (Glasgow). **Demonstration eines Anencephalus. (Specimen of an anencephalous foetus.)** *Glasgow Med. Journ. April 1889.*

Es fehlten die obere Hälfte des Rückenmarks und der Hals; Herz und Lungen lagen dicht unter dem Unterkiefer. P. Mc BRIDE.

4) **J. C. Renton** (Glasgow). **Dehnung des N. accessorius wegen spasmodischen Caput obstipum. (Stretching the spinal accessory for spasmodic Wry-Neck.)** *Glasgow Med. Journ. Mai 1889.*

Die Operation erzielte einen theilweisen Erfolg. P. Mc BRIDE.

5) **Whiting. Ein Fall von nervöser Erkrankung zweifelhafter Natur. (A case of nervous disease of doubtful nature.)** *Edinburgh Med. Journ. April 1889.*

Der Fall wurden verschieden diagnosticirt, als Cerebrospinalsclerose, Tabes, „obscures Zittern“ (?) und Simulation. Unter den Symptomen sind für die Leser des Centralblatts von Interesse: der Verlust des Geruchs und die scandirende Sprache. P. Mc BRIDE.

6) **G. Buchan. Zwei Fälle von Gehirnkrankheit. (Two cases of brain disease.)** *Glasgow Med. Journ. Febr. 1889.*

Im ersten Falle — linksseitiger Abscess im Kleinhirn (? Ref.) — wurde als erstes Symptom Ausfluss aus dem rechten Nasenloch vermerkt. Die Section brachte für einen Zusammenhang zwischen diesem Symptom und der Gehirnaffection keinerlei Aufklärung.

In dem zweiten Falle — einem ausgesprochenen Endohydrocephalus — lag unter andern Symptomen auch Erschwerung des Schluckens vor. Lähmung des weichen Gaumens und zwar sensorische und motorische, Ablenkung der Zunge nach rechts und geringe Geschmacksstörungen an der rechten Seite der Zunge wurden notirt. P. Mc BRIDE.

7) **S. Kohn** (Grulich, Böhmen). **Zum Capitel der Halsverletzungen.** *Prager med. Wochenschr. No. 26. 1889.*

Ein Mann stiess sich beim Fallen seine Tabakspfeife in die linke Seite des Schlundes, blutete heftig aus dem Munde und verspürte Schmerzen in der linken Nackengegend. Ein Theil des beinernen Mundstückes der Pfeife war im Halse stecken geblieben. Schlingen und Sprechen war sehr erschwert. Am nächsten Tage schnitt Dr. Kohn auf eine derbe Geschwulst in der linken Nackengegend ein, gelangte bis unter den M. cucullaris und fand daselbst in der Tiefe das Mundstück, welches er mit der Kornzange entfernte. Im Rachen sah man zwar einen schmutzigen Beleg aber keine Eingangspforte. Heilung. CHIARI.

8) **J. M. Taylor. Ein Fall von Selbstmordwunde des Halses. (A case of cut-throat.)** *Atlanta Med. and Surg. Journ. Januar 1889.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

9) **Dollinger** (Pest). **Ein Fall von Luxation des IV. Halswirbels.** Gesellschaft der Aerzte in Pest. 30. März 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 14. 1889.*

Nach einem Falle im November 1888 trat sofort Lähmung der oberen und unteren Extremitäten auf; der Dornfortsatz des 4. Halswirbels befindet sich nach links von der Mittellinie. Der Abstand zwischen unterm Rand des Velums und hinterer Rachenwand ist vergrössert, während hinter dem Velum die hintere Rachenwand vorgewölbt ist. Die Lähmungen gehen seit einigen Wochen zurück. Die Reposition wurde nicht versucht. Weitere Mittheilungen sind zu erwarten.

CHIARI.

10) **Richard H. Day. Acute idiopathische Parotitis; Abstossung der ganzen Drüse; Heilung. (Idiopathic acute parotitis; sloughing of the entire gland; recovery.)** *Philad. Med. News. 23. Febr 1889.*

Der Fall bietet manches Interessante: 1. Er ist deutlich autogenetischen Ursprungs. 2. Die gesammte Drüse wird durch einen gangränösen Process vollständig abgestossen — ein sehr seltenes Vorkommniss. 3. Die Patientin wird hergestellt, ihr Gesundheitszustand ist der frühere, wenn nicht ein besserer.

LEFFERTS.

11) **P. Altobelli. Scharlachfieber und Werlhof'sche Krankheit mit Parotitis. (La scarlattina ed il morbo di Werlhof nella parotite.)** *Giornali internaz. di sc. med. April 1889.*

Klinische Geschichte zweier Fälle; im ersten handelte es sich um beiderseitige Parotitis und Scharlachfieber, im zweiten um Parotitis einerseits und Morbus maculosus Werlhofii.

Zur Erklärung des ersten Falles lässt A. die Gleichzeitigkeit zweier Infectionen zu, aber er theilt auch die Ansicht von der Umbildung der Arten bei den Mikroben.

Was den zweiten Fall betrifft, so glaubt A., dass die Parotitis, eine infectiöse Krankheit, zu Veränderungen im Blut und den Gefässen geführt hat.

CARDONE.

12) J. A. Wyeth. **Vollständige Exstirpation beider Ohrspeicheldrüsen wegen Sarcom; kein Recidiv nach Verlauf von 2 Jahren. (Complete Exstirpation of both parotid glands for sarcoma; no recurrence after the lapse of two years.)** *N. Y. Med. Journ. 23. Febr. 1889.*

Beide Parotiden wurden vor $2^1/_2$ Jahren entfernt, dabei die Art. carotis externa beiderseits unterbunden; die Krankheit recidivirte auf einer Seite nach 6 Monaten, so dass eine zweite Operation nöthig wurde; seitdem aber sind 2 Jahre verflossen ohne ein neues Recidiv. Die Operation wurde nur auf das dringende Verlangen des Patienten ausgeführt. Dieselbe war ungewöhnlich schwierig, da beide Venae jugulares im Bereich der zu führenden Schnitte lagen. Nach der Operation bestand beiderseitige Facialislähmung; auf der einen Seite verschwand diese jedoch wieder, wahrscheinlich durch die Herstellung des Collateralkreislaufs. Ein ganz besonderes Interesse hat vom chirurgischen Standpunkt aus die Unterbindung des A. carotis extern., die rechterseits gerade an der Stelle der Bifurcation vorgenommen wurde. LEFFERTS.

13) M. M. Masse und Chavasse. **Dermoid-Tumoren des Halses.** Mittheilung von Dr. Kirmisson. **(Tumeurs dermoides du cou.)** Communication faite par M. Kirmisson à la Soc de Chir. de Paris in: *Le Bulletin méd. 24. Febr. 1889.*

In dem Masse'schen Falle handelte es sich um eine Dermoidcyste, die in der Mitte zwischen Zungenbein und Kieferwinkel lag. In der Beobachtung von Chavasse nahm der Tumor die Mittellinie der Regio subhyoidea ein: es handelte sich um eine Kiemengangcyste des dritten Kiemenganges. E. J. MOURE.

14) J. Bland Sutton (London). **Pathologische Entwickelung. Vortrag II. Tubulo-dermoide. (Evolution in Pathology. Lecture II. Tubulo-dermoids.)** *Brit. Med. Journ. 2. März 1889.*

In einem Vortrag im Royal College of Surgeons führt der Autor 3 Formen an, in denen der Ductus thyroideus beim Erwachsenen fortbestehen kann und sagt, dass er gelegentlich den Keim zu Cysten von beträchtlicher Ausdehnung bildet.

Der Ductus lingualis kann ebenfalls zu Dermoiden der Zunge Anlass geben und auch zu Geschwülsten, die in ihrer Structur der Schilddrüse gleichen. — Thyroiddermoide. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

15) A. Jacobi. **Pathologie der Thymusdrüse. (Pathology of the thymus gland.)** *N. Y. Med. Journ. 26. Jan. 1889.*

J. bemerkt, dass die medicinische Literatur nur sehr spärliche Mittheilungen über Krankheitszustände dieser Drüse enthält; sie beschäftigt sich vornehmlich mit ihrer Embryologie, Histologie und Anatomie. Vergrösserung der Drüse bei jungen Kindern ist nichts ungewöhnliches. Die Drüsensubstanz erfährt eine plötzliche Schwellung durch eine Veränderung in der Circulation in Folge von Croup oder Pneumonie, Hämorrhagien in die Drüse können stattfinden und das Kind kann ersticken in Folge des Drucks auf die Trachea. Bisweilen war auch die blosse Vergrösserung des Organs an sich ausreichend, um den Erstickungstod herbeizuführen. Verschiedentliche Entzündungen der Tymusdrüse sind vor-

gekommen; auch Sarcom, Tuberculose und Syphilis. Diphtherie führt eine allgemeine parenchymatöse Veränderung herbei, Syphilis eine Zellvermehrung wie in der Leber. Krankheiten der Thymus sind im Ganzen nicht ungewöhnlich.

LEFFERTS.

16) **Gilles. Abscess des Halses, Ulceration der Vena jugularis interna. Pyämie, Tod. (Abscès du cou, ulcération de la veine jugulaire interne, pyémie et mort.)** *L'Echo Med. 25. Mai 1889.*

Beobachtung des Falles mit den Einzelheiten des Sectionsbefundes.

E. J. MOURE.

17) **Josef Rotter (München). Plastische Operationen in der Mundhöhle und an der Nase.** *Münchener med. Wochenschr. No. 30, 31, 32. 1889.*

Die von Rotter beschriebenen und ausgeführten Operationen sind im hohen Grade interessant und neu, weshalb dieselben ausführlicher besprochen werden müssen.

I. Operative Behandlung einer narbigen Kieferklemme.

Der Fall betrifft ein 6jähriges Mädchen, welches durch Noma die Schleimhaut der ganzen rechten Wange, der Alveolarfortsätze und einen Theil der Wangenhaut nach aussen vom rechten Mundwinkel verloren hatte. Rotter trennte erst die Verwachsungen und transplantirte von der Haut des Oberarmes einen Hautlappen so in die Mundhöhle, dass die epidermidale Fläche des Lappens nach der Zahnreihe hinsah, die Wundfläche auf die vordere Innenseite der Wange zu liegen kam. Am 7. und 9. Tage wurde der Stiel des Hautlappens vom Oberarm getrennt. Das Operationsresultat war noch $1\,^1/_2$ Jahr nach der Operation ein vortreffliches.

II. Deckung eines Defectes im harten Gaumen mittelst eines Stirnlappens.

Der Fall betraf ein 6jähriges Mädchen mit einem grossen Lippengaumenspalt. Rotter bildete aus der Stirn einen Hautperiostlappen, der nach Thiersch's Methode mit Oberhaut bepflanzt und dann, nachdem auf der rechten Seite die Nase etwas abgehoben worden war, in den Rachen und Mund auf den Defect aufgeheilt wurde. Der Hautlappen hatte sich trotz Befeuchtung mit Speichel und Insultirung beim Kauen sehr schön erhalten.

III. Rhinoplastiken mit Haut-Periost-Knochen-Lappen.

Ein wesentlicher Fortschritt in der Bildung der Nasen ist die Transplantation eines Haut-Periost-Knochenlappens aus der Stirn nach der Methode von König, dadurch wird das Schrumpfen der Nase verhindert und zugleich derselben eine feste Stütze gegeben. Rotter wandte diese Methode in 3 Fallen mit bestem Resultate an, und zeigte sich, dass der aus der transplantirten Knochenplatte gebildete Nasenrücken nicht schrumpft, sondern bleibt. Die Krankengeschichten sind im Original nachzulesen. Wir empfehlen die Arbeit auf das Beste.

SCHECH.

18) **Kafemann. Ueber elektrolytische Operationen in den oberen Luftwegen.** Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1889.

Die Electrolyse hatte bisher mehr Gegner als Freunde, und versucht Verfasser vom Standpunkte eigener Erfahrung aus, die Vortheile derselben zu er-

läutern. Er benutzt dazu eine Batterie von 36 Gaiffe'schen Zinkkohlenelementen, deren Erregungsflüssigkeit eine Chlorzinklösung ist. Galvanometer sind unnöthig. Die vom Verf. construirten und auf einer Tafel abgebildeten Instrumente werden in des Referenten galvanokaustischen Handgriff eingelassen. Als ganz besonders geeignet für die Electrolyse hält Kafemann die Granula der hinteren Rachenwand, die er mit einem morgensternartigen Instrumente 20 bis 30 Secunden behandelt. Ferner die Pharyngitis lateralis hypertrophica, die chronische Entzündung des Rachendaches mit Krustenbildung.

Ganz besonders empfehlenswerth erscheint auch die Electrolyse bei Erschlaffungszuständen der unteren Nasenmuscheln; zu diesem Zwecke wird eine mit Goldspitze versehene Neusilbernadel eingeführt, Kathode kommt auf das Brustbein. Ferner eignen sich für die Electrolyse circumscripte, nicht gestielte Hypertrophien, die Ozaena (?), Pachydermia laryngis, Geschwülste. SCHECH.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **N. S. Roberts. Nasenkrankheiten in der allgemeinen Praxis. (Nasal disease in general practice.)** *Journ. of the Respiratory Organs. N. Y. Februar 1889.*

R. zeigt die Wichtigkeit des Studiums der Nasenkrankheiten für den allgemeinen Arzt und berichtet über Fälle von Asthma, Schwindel u. a., die von Verstopfung der Nase bedingt waren. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **V. Cozzolino** (Neapel). **Directe vordere Rhino-tubo-pharyngoscopie mittelst hinterer Erleuchtung. (Rino-tubo-faringoscopia diretta anteriore a luce posteriore.)** *Archivii di Laringologia. Jan. 1889.*

Anbringung einer kleinen electrischen Lampe im Nasenrachenraum etc. Nichts Neues. (Vgl. den Voltolini'schen Aufsatz: „Die Erleuchtung des Kehlkopfs und anderer Höhlen des menschlichen Körpers.") CARDONE.

21) **R. W. Leiss** (Philadelphia). **Pathologie und Behandlung der intranasalen Sclerose. (The pathology and treatment of intra-nasal sclerosis.)** *Internat. Journ. of the Med. Sciences. Febr. 1889.*

Unter sclerotischer Rhinitis scheint der Autor das zu verstehen, was gewöhnlich als hypertrophischer Catarrh bezeichnet wird. Die einzigen Punkte in der Arbeit, welche den Recensenten als originell berühren, sind folgende:

1. L. beschreibt als in den früheren Stadien der hypertrophischen Rhinitis eintretendes Symptom die Abstossung und die Proliferation des Epithels, das Papillen zu bilden strebt. Diese nimmt er mit der Curette in Angriff.

2. Er wendet sich gegen den Gebrauch der galvanokaustischen oder der Chromsäure-Aetzung bei Hypertrophien der mittleren Nasenmuschel und zieht den Gebrauch der schneidenden Zange vor. P. Mc BRIDE.

22) **Scanes Spicer** (London). **Neuere Fortschritte in der Behandlung von Obstruction der Nase. (Recent advances in the treatment of obstruction of the nose.)** *Brit. Med. Journ. 9. Febr. 1889.*

Der am 31. Januar 1889 vor der Harveian Society gehaltene Vortrag ist insofern sehr verdienstvoll, als er in übersichtlicher Weise denjenigen Collegen, die sich nicht speciell mit unserm Fache beschäftigen, die gegenwärtig theilweise allgemein gebräuchlichen, theilweise neu eingeführten Behandlungsmethoden der verschiedenen Formen von Nasenobstruction vorführt. Für den Specialisten bringt er indessen nichts Neues, und was die speciellen Ansichten des Verfassers anbelangt, welcher zu den Anhängern der „energischen" Behandlung gehört, so ist derselben in früheren Referaten des „Centralblatts" wiederholt Erwähnung gethan worden. (Vergl. z. B. IV. 242, V. 158, 229, 232 etc.) Die Discussion förderte nichts Bemerkenswerthes zu Tage. SEMON.

23) **H. Zwaardemaker. Athembeschlag als diagnostisches Mittel der Nasenstenose. (Ademaanslag als Diagnosticum der nasale Stenose.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 11. 1889.*

Wenn man einen kalten Spiegel unter beide Nasenlöcher hält, so bilden sich darauf bei der Ausathmung zwei Flecken, vom Autor „Athemflecke" benannt. Diese sind normaliter symmetrisch. Je nach ihrer Beschaffenheit lassen sich nun leichter und bequemer als mit jeder andern Methode Nasenstenosen diagnosticiren — einseitige, doppelseitige, vordere oder hintere. Eine 8ter Form der Nasenflecken komme zuweilen zu Stande durch eine Zweitheilung des Luftstroms in parallele Luftströme durch die Concha inf.

Mit der gleichen Methode lasse sich auch eine Parese der Vel. palat. molle diagnosticiren. Bei der Emission der Vokale ist der Nasenrachenraum hermetisch abgeschlossen und der Luftstrom geht durch den Mund. Wenn man nun, ohne dass eine Hypertrophie der Mandeln, adenoide Vegetationen oder Hypertrophie der Nasenmuscheln vorhanden sind, bei der Emission der reinen Vokale einen Athembeschlag bekommt, so ist das ein Beweis dafür, dass ein Theil der Luft durch die Nase geht, also Parese des Gaumensegels existirt.

So lässt sich die Methode auch verwerthen zur Sicherstellung der Frage, ob Näseln vorhanden ist oder nicht und ausserdem noch, in welchem Grade dasselbe besteht. BAYER.

24) **Edmund Roughton** (London). **Ein Grund der Nasenverstopfung. (A cause of nasal obstruction.)** *Brit. Med. Journ. 16. Febr. 1889.*

R. hebt hervor, dass an der Vereinigungsstelle der das Vestibulum nasi bedeckenden Haut mit der die Nase auskleidenden Schleimhaut ein hervorspringender Gewebsstreifen von oben nach hinten und abwärts läuft, entlang der Aussenwand der Höhle. Bei starker Inspiration nähert dieser Streifen sich dem Septum und verengt so die Passage. R. meint, dass dieses in manchen Fällen den Grund für die Verstopfung der Nase bilde; er glaubt, dass es gewöhnlich übersehen wird, weil die Einführung des Nasenspeculum das Band dem Blick entzieht. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

25) **Edmund Roughton** (London). **Die Wichtigkeit der Verstopfung der Nase. (The importance of nasal obstruction.)** *The Practitioner. März 1889.*

Die Absicht des Artikels ist, die Aufmerksamkeit auf die üblen Folgen der Verstopfung der Nase zu lenken, ihre Ursachen kurz anzudeuten und die am meisten erprobten Behandlungsmethoden derselben darzulegen. Alles dies geschieht in klarer und bündiger Weise. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

26) **Leitartikel der Medical Press** (London). **Die Behandlung der Pharyngitis in Folge von Verstopfung der Nase. (The treatment of Pharyngitis due to nasal obstruction.)** 27. März 1889.

Nichts Neues. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

27) **E. Reynolds** und **P. W. Lovett. Die Behandlung der post-nasalen Catarrhe durch Entfernung der Nasenverstopfung. (The treatment of post-nasal catarrh by the removal of nasal obstructions.)** *Boston med. and surg. Journ. 28. Februar 1889.*

Diese Methode der Behandlung stützt sich auf der Ansicht, dass es die Function der Nasenschleimhaut ist, die eingeathmete Luft auf die normale Temperatur und den normalen Feuchtigkeitsgrad zu bringen, ehe sie in Contact kommt mit der Schleimhaut von Rachen, Kehlkopf und Luftröhre. Die Autoren beschränken sich selbst auf die Erfolge der Entfernung von Hypertrophien der äusseren Wand der Nase. Die angewandte Methode bestand in der Application von Chromsäure nach voraufgehender Cocainisirung (4procent. Lösung). Die Säure wurde jedes Mal nur auf eine Seite der Nase gepinselt; der folgenden Entzündung wurde Zeit gelassen, abzufallen, bevor die Pinselung der andern Seite statt fand. Der Schorf fiel gewöhnlich in etwa 10 Tagen ab. Die Patienten gehörten alle der poliklinischen Praxis an. Die Resultate waren ganz zufriedenstellende: Von 75 Fällen wurden 16 geheilt, 38 sehr gebessert, 2 nicht gebessert; über den Rest war nichts zu ermitteln. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **A. Ricci. Ein Fall von Verstopfung der Nase und ihre Heilung. (Un caso d'ostruzione nasale e sua guarigione.)** *Riforma medica an V. No. 28 u. f. Febr. 1889.*

Der Pat. hatte eine Hypertrophie der Schleimhaut der rechten Nasenmuscheln mit Deviation der Nasenscheidewand. Er bot zahlreiche Reflexstörungen dar: Niesen, Cephalalgie, Schwindel, Schwäche der geistigen Fähigkeiten, selbst Gehörsstörungen. Behandlung nach Bosworth mit vollständiger Heilung. CARDONE.

29) **C. A. Bucklin. Die Verstopfung der Nasenwege, ihre Folgen und ihre Behandlung. (The obstruction of the nasal passages, its effects and its treatment.)** *Med. and Surg. Reporter. Philad. 18. Mai 1889.*

Schlussfolgerung: Die Herstellung der normalen Zustände der knöchernen Wand der Nasengänge durch Entfernung der Deformitäten des Knochen ist eine der erfolgreichsten Behandlungsweisen catarrhalischer Erkrankungen der Augen-

lider, des Halses und der Lunge und der durch catarrhalische Erkrankung der Nasenwege erzeugten Kopfschmerzen in der Stirn.

Die zur Herstellung dieser normalen Verhältnisse nothwendigen Operationen sind schmerz- und gefahrlos, wenn man Cocain und sorgfältig desinficirte Instrumente benutzt.

Die Besserung ist fast immer eine ausserordentliche; doch kann die veränderte Natur des Secrets der Schleimhäute, die in alten Fällen eine ausgedehnte bindegewebige Veränderung erfahren haben, nicht stets wiederhergestellt werden, weshalb die krankhafte Expectoration nicht in allen Fällen verschwindet.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **A. Onódi** (Pest). **Ein Fall von angeborenem Verschluss der Choanen.** Gesellschaft der Aerzte in Pest. 9. März 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 11. 1889.*

O. zeigte diesen Fall, den er operativ geheilt hatte, der Gesellschaft.

CHIARI.

31) **Rossbach** (Jena). **Ueber Ulcus rotundum septi nasi cartilaginosi.** *Corresp.-Blätter des Allg. ärztl. Vereins von Thüringen. XVIII. 2. 1889.*

R. bespricht jene Formen von Perforation des Sept. cartil., die von kreisrunder Gestalt erscheinen, die knöcherne Scheidewand intact lassen und deren Ränder von normaler Schleimhaut bekleidet sind. Diese runden Perforationen haben mit Syphilis offenbar nichts zu thun, gehen aus einer anfangs unscheinbaren Affection hervor, die sich zuerst als eine leichte weissliche Verfärbung darstellt mit weicher brüchiger Beschaffenheit des Epithels und der Mucosa. Im weiteren Verlauf geht allmälig die Schleimhaut zu Grunde, zerfällt molecular, der Knorpel wird freigelegt, zerfällt ebenfalls molecular bis schliesslich die Perforation eintritt. In der Mehrzahl der von ihm beobachteten Fälle ging die Affection von der rechten Seite aus. Nachdem die Perforationsöffnung eine gewisse Grösse erreicht hatte, kam die Krankheit zum Stillstand und es trat eine Ueberheilung der Ränder ein.

SEIFERT.

32) **V. Cozzolino** (Neapel). **Syphilis der Nase und der Nasenhöhle, primäre Syphilis. (Sifilide del naso e delle fosse nasali, sifilide primaria.)** *Rivista Clinica de l'Université de Naples. Jan. 1889.*

C. will 3 Mal primäre Syphilome der Nase beobachtet haben. Er bespricht diesen Gegenstand in einer klinischen Vorlesung.

CARDONE.

33) **Lang** (Wien). **Gumma oder Neoplasma nasi mit polypösen Wucherungen von nachweisbar maligner Natur.** Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte in Wien. 15. Februar 1889. *Wiener klin. Wochenschr. No. 8. 1889.*

Bei der 40jährigen Kranken, welche vor Jahren mit Syphilis inficirt worden war und jetzt noch Narben am linken Unterschenkel und am Introitus vaginae zeigt, findet man am Nasenrücken eine elastisch weiche Geschwulst, in der die Nasenbeine untergegangen zu sein scheinen. Die daneben bestehenden die Nasenhöhle ausfüllenden Wucherungen von maligner Natur sprechen mehr für

die neoplastische Natur der Schwellung des Nasenrückens, so dass die Diagnose nicht sicher gestellt werden kann. Schrötter stimmt dem Vortragenden bei.

CHIARI.

34) **Reissert. Ueber weiche Papillome der Nasenhöhle.** Dissertation. Würzburg. 1889.

R. unterzog 9 Fälle von weichen Papillomen — Hopmann's Warzengeschwülsten — einer genaueren klinischen und mikroskopischen Untersuchung und kommt zu dem Resultate, dass diese Geschwülste strenge von den Schleimpolypen zu trennen sind. Charakteristich ist für dieselben die starke Betheiligung des Epithels, das äusserst kernreiche Bindegewebe, sowie das Vorkommen von normalen und erweiterten Drüsen und Drüsengängen, sowie der grosse Gefässreichthum.

SCHECH.

35) **Gomperz. Ein Fall von weichem papillären Fibrom der unteren Nasenmuschel, combinirt mit Otitis media hyperplastica.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 2. 1889.*

Entfernung einer sehr grossen Geschwulst aus der linken Nase theils mit kalter, theils mit heisser Sohlinge. Die mikroskopische Untersuchung ergab, abweichend von den gewöhnlichen Papillomen, das Bild eines weichen ödematösen Fibroms, in welchem Drüsen völlig fehlten. Schliesslich meint G., die für die Entfernung der Nasenpolypen construirten Schlingenschnürer seien für die Otiater unpassend, da die letzteren gewohnt seien, mit kurzen Schlingen zu operiren; er construirte deshalb einen eigenen, mit dem zu arbeiten sicher aber sehr Geschmackssache sein dürfte.

SCHECH.

36) **Hajek (Wien). Die Tuberculose der Nasenschleimhaut.** *Internat. klin. Rundschau. No. 1, 2. 4 und 5, 1889.*

In der Literatur sind bis jetzt 27 Fälle bekannt; H. glaubt nun, dass diese Erkrankung nicht so selten ist, und dass man, wie schon Volkmann bemerkte, besonders bei Kindern häufiger tuberculöse Ulcera finde, als man bisher annahm. Man muss nur bacteriologische Untersuchungen vornehmen. Von den neu beobachteten Fällen ist besonders der erste merkwürdig. Es handelte sich nämlich um ein Geschwür mit gewulsteten Rändern im Septum und ein haselnussgrosses Infiltrat an der hinteren Velumsfläche; beide erwiesen sich als tuberculöser Natur und wurden exstirpirt; doch bildeten sich bald neue tuberculöse Granulationen an verschiedenen Stellen der Nase und Geschwüre, welche aus miliaren Knötchen hervorgegangen waren.

Ferner konnte H. bei einer sogenannten Ozaena syphilitica narium mit Defect des Septums und bei einem perforirenden Geschwüre des Septum cartilagineum im Geschwürsrande Tuberkelknoten und Bacillen nachweisen. H. macht neuerdings darauf aufmerksam, dass man zum Nachweis der Bacillen meistens nur tiefere Theile des Tumors oder Geschwürs verwenden könne. Weiterhin wird der Unterschied von syphilitischen, lupösen und tuberculösen Nasengeschwüren besprochen und der chronische Verlauf der Nasentuberculose hervorgehoben, die eben darin sehr dem Lupus gleicht. Die Therapie hat in Zerstörung der Herde

durch Ausschaben, Abschneiden und Aetzen zu bestehen. Die Prognose ist immer zweifelhaft. CHIARI.

37) **Juffinger** (Wien). **Ein Fall von tuberculösem Tumor der Nasenschleimhaut.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 13. 1889.*

J. entfernte aus der rechten Nasenseite einer schon am 30. November 1888 in der Gesellschaft der Aerzte demonstrirten tuberculösen Patientin einen wallnussgrossen Tumor, dessen Oberfläche und Umgebung mit miliaren Knötchen besetzt war. Histologisch erwies sich derselbe als tuberculöser Tumor. Er sass an dem Septum und der Basis der Nase ganz vorne auf. Schon im August und September 1888 hatte man ihr von dem Septum ebenfalls haselnussgrosse Tumoren der gleichen Natur abgetragen. An der rechten Wange, am Halse und unter dem Kinne hatte sie Gruppen von Lupusknötchen. Für die tuberculöse Natur sprachen neben dem histologischen Befunde die Neigung zu schnellen Recidiven und die zahlreichen miliaren Knötchen; ausserdem war der Tumor schmerzlos und hatte wenig Neigung zu zerfallen.

J. bespricht auch kurz die Differentialdiagnose gegen Lupus, Sarcom, Rhinosclerom und Gumma. CHIARI.

38) **G. Zagari** (Neapel). **Untersuchungen über die Aetiologie des Rhinoscleroms. (Ricerche etiologiche sul rinoscleroma.)** *Giornale internaz. di sc. med. April 1889.*

Eine sehr sorgfältige Arbeit. — Z. hat aus dem rhinoscleromatösen Gewebe einen Mikroorganismus gezüchtet, der das gleiche Aussehen wie der von Cornil und Alvaréz bei der histologischen Untersuchung beobachtete hat. — Z. hat auch Impfungen mit rhinoscleromatösem Gewebe und mit Culturen seines Mikroorganismus vorgenommen, jedoch ohne günstiges Resultat. CARDONE.

39) **Stepanow. Ueber Einimpfungen von Rhinosclerom auf Thiere.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 1. 1889.*

St. gelang es, durch Einimpfung von Rhinosclerombacillen in die vordere Augenkammer verschiedener Thiere (Kaninchen, Meerschweinchen, Ferkel und Ratten) ächtes Rhinosclerom zu erzeugen. Als Impfmaterial dienten theils Reinculturen, theils Partikel aus der Nase eines Kranken. Die Details der Experimente müssen im Original gelesen werden. SCHECH

40) **Laquer** (Wiesbaden). **Vorstellung eines Falles von Rhinosclerom.** Congress für innere Medicin. Wiesbaden. 1889.

Kurze Demonstration einer 26jährigen Frau, die an Rhinosclerom leidet. SEIFERT.

41) **Bojew** (Moskau). **Ein Fall von Rhinosclerom.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1889.*

25jähriger Mann, bei dem ausser der Nase auch der Rachen ergriffen war; Uvula fehlt, Gaumenbögen verdickt, uneben von matter Farbe; längs der Gaumenbögen in Form von Plaques verdickte Stellen, stellenweise auch Excoriationen, Sprache näselnd, Thränenfluss. Die Affection wurde anfangs für Syphilis ge-

halten, später aber durch das Mikroskop als Rhinosclerom erkannt. Die Behandlung bestand in täglicher subjucutaner Injection von 1 proc. Carbolsäure, half aber nicht viel, weil die Nadel sich in das harte Gewebe schwer einstechen liess.

SCHECH.

42) **Wolkowitsch** (Kiew). **Das Rhinosclerom. Eine klinische, mikroscopische und bacteriologische Studie.** *Archiv f. klin. Chirurgie. XXXVII. 2. 3. 1889.*

Nach einer Besprechung der Literatur über Rhinosclerom folgen Bemerkungen über die geographische Ausbreitung des Rhinoscleroms. Die Casuistik besteht aus 11 Fällen eigener Beobachtungen (mit Illustrationen), die in der Literatur bekannten Fälle sind in einer Tabelle zusammengestellt. Des Ferneren werden der Ausgangspunkt, die Localisation und die Verbreitungsweise beim Rhinosclerom besprochen, es ergiebt sich aus den Studien des Verf., dass dasselbe von verschiedenen Punkten im oberen Abschnitte des Respirationstractus, von den Nasenlöchern an bis zur Trachea seinen Ausgang nehmen kann, am häufigsten im Bereich der Nasenhöhle, seltener im Rachen und Kehlkopf, ganz selten am harten Gaumen. Die Verbreitungsweise ist eine verschiedene, an manchen Stellen handelt es sich um ein unmittelbares Ueberschreiten, an anderer Stelle häufig um ein sprungweises Fortschreiten. Ausführlich werden auch behandelt die für Rhinosclerom an den afficirten Partien charakteristischen Veränderungen, und kurz besprochen die Symptomatologie, Verlauf und Prognose. während wieder eingehender die Differentialdiagnose, Behandlung und insbesondere die pathologisch anatomischen Befunde erörtert werden, letztere illustrirt durch eine Reihe von Abbildungen. Bezüglich seiner bakteriologischen Untersuchungen gelangt W. zu dem Schluss, dass Rhinosclerombacillen pathogene Eigenschaften besitzen, die qualitativ mit denen der Pneumoniestäbchen übereinstimmen, quantitativ aber sich von letzteren dadurch unterscheiden, dass sie für Meerschweinchen und Mäuse resp. Ratten viel weniger virulent sind.

SEIFERT.

## c. Mundrachenhöhle.

43) **Chas Mc. Burney. Syphilitische Perforation des harten Gaumens; Verschluss der Oeffnung durch eine plastische Operation. (Syphilitic Perforation of the hard palate; closure of the opening by a plastic operation.)** *N. Y. Med. Journ. 26. Jan. 1889.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

44) **M. Hoffmann** (Jena). **Eine Mischgeschwulst des harten Gaumens.** *Archiv f. klin. Chirurgie. XXXVIII. 1. 1889.*

Bei einem 56jährigen Mann wurde eine vom harten Gaumen ausgehende Geschwulst durch partielle Oberkieferresection entfernt. Die genaue, sorgfältige Untersuchung der Geschwulst führte zur Diagnose eines Drüsenenchondroms und zwar sprach dafür der Nachweis der in die Geschwulst gerathenen Drüsenzellen und ihre carcinomatöse Entartung, sodann die während des weiteren Wachs-

thums auftretende, schliesslich zu vollständiger Atrophie führende Degeneration der Krebsbestandtheile, die der Geschwulst relativ gutartigen Charakter verleiht und schliesslich das Verhalten der die Tunica propria bildenden Bindegewebszellen, die zum Theil in die Epithelmassen eindringen und durch die auch hier stattfindende Ausscheidung der hyalinen Substanz wesentlich zur Vergrösserung des Tumors beitragen. SEIFERT.

45) Kronacher (München). **Zur Casuistik des primären Epithelialcarcinoms des harten Gaumens.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXIX. 2. u. 3. 1889.*

K. beschreibt ein primäres Epithelialcarcinom des harten Gaumens, das aus einem Zahnabscess sich entwickelte und durch operativen Eingriff entfernt wurde. Bis zur Publication des Falles waren 6 Monate vergangen, ohne dass ein Recidiv gekommen wäre. SEIFERT.

46) **Fr. Müller** (Berlin). **Zur Pathologie des weichen Gaumens.** *Charité-Annalen. XIV. 1889.*

I. Hysterische Gaumensegellähmung.

18jähriges Mädchen mit hysterischer Lähmung des Gaumensegels; die Lähmung umfasste nicht alle Functionen des Gaumensegels, die Sensibilität des Gaumens war sehr herabgesetzt, Heilung (bei einem zweiten Anfall der Lähmung) trat prompt und dauernd durch einen starken faradischen Strom ein.

II. Pulsation des Gaumens bei Aorteninsufficienz.

Unter 7 Fällen von Aorteninsufficienz wurde bei 4 eine pulsatorische Bewegung des Gaumens und der Uvula beobachtet. Diese Pulsation des Gaumens bei Aorteninsufficienz würde in eine Linie zu setzen sein mit dem Capillarpuls.

SEIFERT.

47) **Vonwiller** (St. Gallen). **Zur ulcerösen Angina bei Typhus.** *Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte. No. 18. 1889.*

Vf. beschreibt diese Ulcera, die er in 7 Fällen von Abdominaltyphus beobachtet hat, als kleine, kreisrunde, scharf gerandete, schwach gezackte Defecte von 2—5 mm Durchmesser, belaglosem Grund und theils geringer, theils bis auf die Musculatur reichender Tiefe. Er erklärt sie als speciell dem Typhus zukommende, meist in der zweiten Krankheitswoche auftretende, 4—14 Tage dauernde Affection des Gaumens und Rachens. Dieselbe sei an und für sich gefahrlos, jedoch prognostisch wichtig, da sie nur bei schweren Fällen vorkomme. In besonderen Fällen sollen diese Geschwüre von differentialdiagnostischer Bedeutung sein, da sie nicht mit Rachentuberculose verwechselt werden können.

JONQUIÈRE.

48) **P. Masucci** (Neapel). **Casuistischer Beitrag zum Studium der typhösen Geschwüre am weichen Gaumen und Kehlkopf. (Contributo alla casuistica delle ulcere tifose del palato molle e della laringe.)** *Rassegna critica internaz. Januar 1889.*

M. hat 2 Fälle beobachtet, über die er berichtet; er giebt zugleich einen kurzen Abriss der Arbeiten von Vamossy und Eppinger über diesen Gegenstand. CARDONE.

49) **Roth** (Wien). **Ulcus und Infiltrate des weichen Gaumens; Wesen der Erkrankung unbestimmbar.** Demonstrirt in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 11. Januar 1889. *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1889.*

Trotzdem die histologische Untersuchung nichts Bestimmtes ergab, nimmt R. doch Tuberculose an, da früher am Rande des Infiltrates miliare Knötchen auftraten. Lues und Lupus glaubt er ausschliessen zu können. Schrötter glaubt, dass nur eine eingehende Untersuchung auch tieferer Theile einen Aufschluss geben könne, hält aber ebenso wenig, wie Lang, die Erkrankung für Tuberculose. CHIARI.

50) **Lang** (Wien). **Schwielengumma.** Gesellschaft der Aerzte in Wien. 15. Februar 1889 *Wiener klin. Wochenschr. No. 8. 1889.*

L. demonstrirt die schon von Roth vorgestellte Kranke mit Ulcerationen und Knoten am Velum. Es handelt sich hier um die Bildung vieler, kleiner gummöser Herde, die in ihrer Umgebung schwielig schrumpfende Bindegewebswucherung anregen; diese Form ist schwer zu erkennen, um so mehr, da sie auch sehr hartnäckig gegen die antisyphilitische Kur zu sein pflegt. Hier aber fanden sich noch Narben an den Schamlippen, der Nase, den Mundwinkeln, derbe Infiltrate am Scheitel und eine deutliche syphilitische Myositis des linken Kopfnickers, so dass die Diagnose feststeht. Verwechslungen sind besonders mit Lupus leicht möglich. CHIARI.

51) **H. Adler** (Wien). **Sarcom der Thränendrüse, des Gaumens und Rachens in Rückbildung unter Arsenmedication.** Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte am 17. Mai 1889. *Wiener klin. Wochenschrift. No. 21 1889.*

Ein 70jähriger Mann bemerkte vor einem Jahre Geschwülste in der Gegend beider Thränendrüsen, seit 3 Monaten Drüsenschwellungen am Halse und Nacken; seit 6 Wochen ist er heiser, seit 3 Wochen fühlt er Wucherungen am harten und weichen Gaumen und im Rachen.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte kleinzelliges Rundzellensarcom. Unter Solutio Fowleri Medication (höchstens 10 Tropfen pro die) nahmen die Geschwülste ab und liessen die Beschwerden beim Schlucken, Athmen und Sprechen nach. CHIARI.

52) **Oppenheim** (Berlin). **Ueber ein bei Krankheitsprocessen in der hinteren Schädelgrube beobachtetes Symptom.** *Neurol. Centralbl. VIII. 5. 1889. — Schmidt's Jahrb. 6. 1889.*

Bei einem Fall von Tumor im Kleinhirn, der auf Pons und Oblongata gedrückt hatte, und in einem zweiten Fall, bei welchem die Krankheitserscheinungen sich im Anschluss an eine Mening. cerebrospin. epid. entwickelt hatten, waren ausser anderen Erscheinungen besonders auffällig rhythmische Zuckungen des Gaumens und des Kehlkopfes, die auf eine Reizung der Wurzeln des Vagoaccessorius hindeuteten. Im ersten Falle waren die Wurzeln der Nn. vagi und accessor. von zahlreichen Blutungen durchsetzt und atrophisch. SEIFERT.

53) **Stephen Mackenzie (London). Associirte Lähmung einer Hälfte der Zunge, der gleichseitigen Gaumenhälfte und des gleichseitigen Stimmbandes, sowie des entsprechenden Sterno-cleido-mastoideus und der respiratorischen Hälfte des Cucullaris. (Associated paralysis of one half of the tongue, palate and vocal cord, with paralysis of the sterno-mastoid and respiratory portion of the trapezius of the same side.)** *Brit. Med. Journ. 30. März 1889.*

Demonstration des Patienten, eines 35jährigen Mannes vor der Clinical Society of London am 22. März 1889. Der Vortragende wies darauf hin, dass die im Titel genannte Association darauf hindeute, dass der weiche Gaumen vom Accessorius motorisch versorgt werde, wie dies in letzter Zeit von Horsley im Verein mit Semon und Beevor experimentell ermittelt sei, im Gegensatz zu der gewöhnlichen Annahme, dass der Facialis der motorische Nerv des Gaumens sei.

SEMON.

54) **F. Catuffe. Blutung nach Ausschneidung des Zäpfchens. (Hémorrhagie consécutive à l'excision de la luette.)** *La France méd. 5. Jan. 1889.*

Die verschiedensten Hämostatica, der Thermokauter u. v. a., vermochten der Blutung nicht Herr zu werden; dieselbe stand nicht, bis eine Verweil-Pincette eingelegt wurde. Der Autor räth die Kranken nach dieser Operation nicht aus dem Gesicht zu verlieren.

E. J. MOURE.

55) **Morell Mackenzie. Die Behandlung der acuten und chronischen Tonsillitis. (The treatment of acute and chronic tonsillitis.)** *Edinburgh Med. Journ. Januar 1889.*

Es handelt sich um einen einfachen Bericht über einen klinischen Vortrag, den Sir Morell Mackenzie in dem Augen-, Ohr- und Hals-Krankenhaus gehalten hat; derselbe enthält nichts Neues, abgesehen von der überraschenden Behauptung, dass „ein Mensch, der einmal eine acute Tonsillitis gehabt hat, nie wieder wirklich hergestellt wird, mag es auch so aussehen, als ob er es sei".

P. M'BRIDE.

56) **U. Gabbi. Ein Fall von acuter, infectiöser, folliculärer Mandelentzündung. (Sopra un caso di tonsillite follicolare acuta infettiosa.)** *Lo Sperimentale. April 1889.*

G. schildert den klinischen Verlauf des Falles und berichtet über seine bakteriologischen Untersuchungen. Er beobachtete nur eine Art Mikroorganismen (Fränkel's Kapsel-Diplococcus) in den noch nicht offenen Follikeln der entzündeten Mandeln, in den Follikeln, die sich bereits geöffnet hatten, dagegen den Diplococcus neben Staphylococcus pyogenes aureus und einen Proteus.

Nach vielen Betrachtungen kommt G. zu dem Schlusse, dass die acute folliculare Mandelentzündung eine Localisation des pneumonischen Virus darstellt, welches vom Munde aus den Pharynx, die Nasenhöhle, den Gehörgang etc. erreichen kann.

CARDONE.

57) **A. Ruault. Infectiöse Mandel- und Rachenentzündungen nach intranasalen Operationen. (Des amygdalites et des angines infectieuses consécutives aux opérations intra-nasales.)** *Arch. de Laryngologie. April 1889.*

Der Autor will bemerkt haben, dass sich diese Zufälle vor Allem an Operationen, die in den hinteren unteren Partien der Nasenhöhle ausgeführt wurden, anschlossen. Diese Complicationen sind infectiöser Natur und abhängig von dem Eindringen des infectiösen Agens mit der Athemluft. E. J. MOURE.

58) **Cazin** und **H. Iscovesco. Schwere infectiöse Entzündung der Mandeln. (Amygdalite infectieuse grave.)** *La France méd. 8. Jan. 1889.*

Ein 6jähriges Kind, an Coxalgie leidend, Kind eines tuberculösen Vaters, bekommt eine Angina. Im Halse keine Spur eines Exsudats. Das Kind giebt einen Srom von Eiter von sich, der aus der Mandel stammt; die Symptome werden schwerer, das Kind stirbt. E. J. MOURE.

59) **J. Garel. Chronische Abscesscysten der Mandel als Folge eitriger Mandelentzündung. (Des abcès chroniques enkystés de l'amygdalé consécutifs à l'amygdalite suppurée.)** *Ann. des mal. de l'oreille. Jan. 1889.*

Verf. bringt 3 neue Beobachtungen dieser Art und lässt ihnen einige Reflexionen über die Pathogenese der Erkrankung folgen. Als Behandlung empfiehlt er tiefe Cauterisationen mit dem Galvanokauter und Jodpinselungen.

E. J. MOURE.

60) **Kafemann** (Königsberg). **Ueber moderne Operationsmethoden der hypertrophischen Gaumenmandeln.** *Deutsche med. Ztg. 23. 1889.*

Von den modernen Operationsmethoden empfiehlt K. als jene besonders bei Kindern unter Beihülfe von Cocain am leichtesten und sichersten auszuführende die der galvanokaustischen Aetzung. Er geht mit einem rechtwinklich abgebogenen Flachbrenner bis tief in die Mandelsubstanz ein, den Strom häufig öffnend und schliessend, und lässt den Brenner im Innern der Mandel noch einige Secunden rothglühend verweilen.

Nach 5 Tagen wird die Toilette der Mandel gemacht, d. h. das morsche geätzte Gewebe mit einer kalten Drahtschlinge abgetragen. SEIFERT.

61) **G. J. Maxwell. Entfernung von Tonsillen, die kleiner, als normal sind. (Ablation of tonsils when smaller than natural.)** *Med. and Surg. Reporter. Phil. 16. Februar 1889.*

Verkleinerung der Mandeln ist gewöhnlich die Folge destructiver, suppurativer Entzündung und die eitrige Tonsillitis, die zu einer geringen Zerstörung der Tonsille führt, ist ein sehr gewöhnlicher Begleiter der folliculären Pharyngitis, zu deren Entstehung sie wahrscheinlich als Factor mitwirkt. Die Operation besteht darin, dass man die die Tonsille bedeckende Schleimhaut einschneidet und entfernt und dann auf das pyogene Gewebe eine starke Silbernitratlösung einwirken lässt. — Das Princip ist dasselbe, das Solis-Cohen bei der Behandlung schwer zu behandelnder entzündeter isolirter Follikel verfolgt, wenn er empfiehlt, sie mit dem Messer zu spalten, bevor man das Silbernitrat anwendet. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

62) **Róna** (Pest). **Primäres Ulcus induratum der rechten Tonsille.** Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte in Pest am 27. April 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 18. 1889.*

Ein seit 14 Wochen bestehendes Geschwür auf der auf das Dreifache vergrösserten indurirten Mandel; gleichzeitig bestanden Drüsenschwellungen unter dem rechten Kieferwinkel, Roseola und Condylomata plana ad anum.

Küsse oder Geschirre dürften die bei der Mutter des Kranken bestehende Rachensyphilis auf denselben übertragen haben. CHIARI.

63) **Fröhlich** (Wien). **Ungewöhnliche Localisation des syphilitischen Initialaffectes.** *Allg. Wiener med. Ztg No. 8. 1889.*

Uns interessiren nur die Fälle von Sclerosen an den Lippen (2 Fälle) und an der linken Mandel (1 Fall). In diesem letzteren war die Infection wahrscheinlich durch einen unreinen Löffel erfolgt; die Mandel, die linke Hälfte des Velums, die Gaumenbögen und die Rachenwand bis zum Kehldeckel waren betheiligt. Geschwüriger Zerfall trat nur auf der Mandel auf. Ausserdem erwähnt noch F. 2 Fälle von Sclerosen an der Lippe; einmal fand die Uebertragung durch eine Cigarre statt. CHIARI.

64) **F. de Havilland Hall** (London). **Tiefes epitheliomatöses Geschwür der rechten Mandel. (Deep epitheliomatous ulceration of right tonsil.)** *Brit. Med. Journ. 16. Febr. 1889.*

Demonstration des Pat. am 8. Februar 1889 vor der Clinical Society of London. Es war eine Zeit lang zweifelhaft gewesen, ob ein Gumma vorlag und unter Jodkali war temporäre Besserung erfolgt, die krebsige Natur des Leidens war aber zur Zeit der Demonstration unzweifelhaft geworden. SEMON.

65) **Raymond Johnson** (London). **Sarcom der Tonsille. (Sarcoma of Tonsil.)** *Brit. Med. Journ. 4. Mai 1889.*

Demonstration des Patienten, eines 56jährigen Mannes mit syphilitischer Vorgeschichte, am 26. April 1889 vor der Clinical Society of London. Die linke Tonsille hatte die Grösse einer kleinen Orange und war an ihrer inneren Seite ulcerirt. An der linken Seite des Halses fanden sich einige vergrösserte Drüsen. Der Vortragende hielt das Leiden für ein Lymphosarcom. SEMON.

66) **P. Verdós** (Barcelona). **Tonsilläre Taubheit. (La sordera tonsilar.)** *Revista di laringo-, oto- y rinologia. März 1889.*

Mit obigem Namen belegt Verf. jede einseitige oder doppelseitige Gehörsstörung, bei der sich ohne jede wahrnehmbare Veränderung des Gehörorgans eine gewöhnlich chronische Erkrankung der Mandeln vorfindet. Diese beiden Umstände: Fehlen einer Veränderung am Ohre und Vorhandensein derselben an den Tonsillen bestimmen also die Diagnose dieser Form der Gehörsstörung, die eine Reflexerscheinung ist und zu ihrer Heilung die Beseitigung des krankhaften Zustandes der Mandeln erfordert. GONGORA.

## d. Diphtheritis und Croup.

67) E. F. Ingals. **Die Intubation, verglichen mit der Tracheotomie zur Heilung der diphtheritischen Laryngitis. (Intubation as compared with tracheotomy for the relief of diphtheritic laryngitis.)** *Medical Age. Detroit. 11. Februar 1889.*

Die Intubation ist entgegen der Ansicht der europäischen Autoren gerade für die Fälle besonders geeignet, denen ärztliche Sorge und Aufsicht durch geschulte Wärter nicht in grossem Maasse zu Theil werden kann. Die Intubation verdient den Vorzug bei ganz jungen Kindern; abgesehen von Fällen, wo Ulceration zu erwarten ist, wie bei Masern, kann die Canüle so lange, als nothwendig. liegen bleiben. Die Intubationsröhre ermöglicht ausschliesslich den Eintritt der Luft, mit der Heilung der Krankheit hat sie gar nichts zu thun. Bei der gegenwärtig angewandten Ernährungsmethode, d. i. während der Patient auf dem Rücken und der Kopf niedrig liegt, besteht keine Gefahr, dass die Nahrung in den Kehlkopf dringt.

Der Procentsatz der Heilungen ist ungefähr derselbe bei beiden Operationen, wenn man eine grössere Zahl von Fällen in Rechnung zieht. Nach J.'s Ansicht sollte die Intubation in nahezu allen Fällen zuerst vorgenommen werden; wird es nöthig, so kann die Tracheotomie immer noch später ausgeführt werden.

Die Mehrzahl der Fälle von Diphtherie ist verursacht durch die Nachlässigkeit von Eltern und Freunden hinsichtlich der genügenden Erwärmung der Häuser. [? Red.]

Eine locale Behandlung ist nicht so nothwendig, wie Viele glauben, obgleich sie viel für sich hat, wo sie ohne Belästigung des Kindes ausgeführt werden kann. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) Guyer (Zürich). **Die Intubation des Larynx nach O'Dwyer.** *Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte. No. 13. Basel 1889.*

G. berichtet als Assistent aus der Kinderklinik in Zürich über 27 Fälle von Diphtheritis, bei denen die Intubation wegen hochgradiger Stenose ausgeführt wurde, während sonst nur noch die Tracheotomie hätte in Frage kommen können. Davon genasen 13. Die übrigen starben an den gewöhnlichen Complicationen des Croups. Diese 48 pCt. Genesungen sind gewiss besonders hervorzuheben. Die Kinder konnten in der Regel 5—6 Tage nach der Einführung der Tube dauernd ohne dieselbe athmen. Ferner wurden auch tracheotomirte Kinder, bei denen das Decanulement Schwierigkeiten bot, nachträglich mit vollem Erfolg intubirt. Granulationsstenosen scheinen nicht unter diesen Fällen gewesen zu sein.

Das Rohr wurde der Sicherheit wegen stets an dem Faden belassen, welcher, abgesehen von den ersten Stunden, immer gut vertragen wurde.

G. empfiehlt die Intubation für jede hochgradige Kehlkopfstenose bei Diphtheritis, die Tracheotomie dagegen nur dann, wenn erstere erfolglos bleibt.

W. Muralt, der dirigirende Arzt der diphth. Kinderabtheilung. dessen Ur-

theil über die Intubation vorher eher ungünstig war (s. d. Blatt 1888/89), schliesst sich nach den hier beschriebenen eigenen neuen Erfahrungen dem günstigen Urtheil G.'s in einem Postscript ausdrücklich an. JONQUIÈRE.

69) L. L. Palmer. **Intubation des Kehlkopfs bei diphtheritischer Laryngitis. (Intubation of the larynx in diphtheritic laryngitis.)** *Canadian Practitioner. 1. März 1889.*

P. hat ein Symptom in den schwereren Fällen von Intubation aufgefunden, dem er einen prognostischen Werth zuschreibt. Nachdem die Canüle eingeführt ist und der Patient leicht athmet, hört man mit dem Stethoskop das Athemgeräusch frei, es ist ersichtlich jetzt voll und leicht, aber es hat einen metallischen Charakter, nicht mehr die weiche, hauchende Qualität. Man glaubte zuerst dies auf das Geräusch, das die Luft beim Durchströmen der Canüle mache und das sich nach unten mittheile, zurückführen zu müssen; aber man bemerkte, dass diese Athemqualität in Fällen, die zur Heilung kamen, nicht wahrnehmbar war, und dass alle Fälle, in denen dies metallische Geräusch festgestellt wurde, in 2—4 Tagen an der Ausbreitung der Krankheit zu Grunde gingen.

Das Symptom bedeutet den Anfang eines exsudativen Processes in der Bronchialschleimhaut; doch ist das Exsudat noch nicht hervorgedrungen, die Schleimhaut aber ist geschwollen und das Lumen der Röhrchen verringert; dadurch ist die Qualität des Tones der hindurchströmenden Luft geändert.

P. hatte 19 Fälle, 14 starben, 5 wurden geheilt. In den geheilten Fällen war der Erfolg geradezu glänzend, aber auch in den übel ausgehenden Fällen war das Resultat zufriedenstellend, insofern als der Zweck, zu dem die Intubation vorgenommen wurde, nämlich die Verhütung des Erstickungstodes, erreicht wurde.

Alles in Allem ist die Intubation bei der Diphtherie der Tracheotomie vorzuziehen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) F. K. Priest. **Bericht über 42 Fälle von Intubation aus dem Willard Parker Hospital zu New-York. (A Report of forty-two cases of intubation at the Willard Parker Hospital, New York City.)** *N. Y. Medical Record. 23. Februar 1889.*

Unter 166 in's William Parker Hospital aufgenommenen Fällen von Diphtherie wurde die Intubation zur Besserung der Larynxstenose in 42 angewandt, d. i. in etwas über 22 pCt. der Gesammtfälle. Heilung wurde in einem Procentsatz von 26,19 Fällen erzielt. Der Artikel giebt eine sorgfältige Zusammenstellung dieser Fälle mit manchen interessanten Details. LEFFERTS.

71) W. Hailes. **Ein Fall von Intubation des Kehlkopfs. (A case of intubation of the larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 16. Febr. 1889.*

Bericht über einen Fall von membranöser Diphtherie, bei dem 3mal Abgüsse der Trachea durch die Canüle ausgehustet wurden; das Kind war dabei dem Ersticken nahe; schliesslich aber erfolgte doch noch Heilung.

LEFFERTS.

72) **H. Ranke. Ueber Intubation des Kehlkopfs.** *Münchener med. Wochenschr. No. 28, 29. 1889.*

Nach einer kurzen geschichtlichen Darstellung der Methode der Intubation und Beschreibung des Instrumentariums wendet sich Verfasser zu seinen eigenen Erfahrungen. Angewendet wurde die Intubation in 44 Fällen; in 15 Fällen von secundärer, in 29 Fällen primärer diphtheritischer Larynxstenose. Von der ersten Gruppe starben 14, 1 wurde gerettet; von der zweiten Gruppe wurden 9 = 31 pCt. gerettet. Behandelt wurden ferner mittelst Intubation 2 Fälle von chronischer Kehlkopfstenose. Der eine Fall betraf ein Kind mit Granulationswucherungen am Ringknorpel nach Cricotracheotomie, der andere ein Mädchen mit multiplen Papillomen. Im ersteren Falle erfolgte Heilung, nachdem wiederholtes energisches Auskratzen der Granulationen nicht zum Ziele geführt hatte. Der zweite Fall, bei dem sowohl endolaryngeale Entfernung der Geschwülste, als auch Thyreotomie mit Auskratzen des ganzen Larynxinneren erfolglos geblieben waren, wurde durch consequente Einführung der Tuben sehr gebessert; das Kind starb aber plötzlich asphyktisch. Ranke empfiehlt die Tubage auf das Dringendste und erhofft namentlich bei chronischen Stenosen schöne Resultate.

SCHECH.

73) **J. Hance** (Lausanne). **Neue Instrumente O'Dwyer's zur Intubation. (Nouveaux instruments d'O'Dwyer pour pratiquer l'intubation du larynx.)** Société Vandoise. *Revue méd. de la Suisse romande. No. 2, pag. 113*

Nach dem Vortragenden soll die Intubation fast in allen Fällen die Tracheotomie mit gleichmässigem und wachsendem Erfolg ersetzen. Die von O'Dwyer zusammengestellte Instrumentenschachtel zur Intubation enthält Metallröhren verschiedenen Kalibers, einen Einführer, einen Herauszieher, einen Mundsperrer und eine Umfangsscala für die Röhren. Die Röhren sind seitlich abgeplattet, in der Mitte und am oberen Ende verdickt. Letzteres ruht auf den Stimmbändern auf und ein Seidenfaden kann durch das Ende desselben hindurchgezogen werden. Der gegliederte Mandrin passt zu allen Röhren und lässt sich in denselben leicht befestigen und wieder losmachen. Die directe Leitung in den Kehlkopf besorgt der Zeigefinger der linken Hand. Die Herausziehung der Röhren wird ermöglicht durch ein Zängchen, welches geschlossen eingeführt wird, dessen Arme aber geöffnet in die gerippte Wandung des Rohres eingreifen.

Das Verfahren soll sich auch in der höchsten Asphyxie bewähren, die Schluckbeschwerden nur einige Stunden andauern. Manche schon oft gemachte Einwände wollen wir hier nicht wieder erwähnen. JONQUIÈRE.

74) **Geo. O. Williams. Eine neue Methode der Intubation mit einer gewöhnlichen Gummicanüle. (A Novel Method of intubation with Ordinary rubber tube.)** *N. Y. Medical Record. 26. Jan. 1889.*

Der in Frage stehende Fall war folgender Art: Die Krankheit hatte 40 Stunden bestanden; das Alter des Kindes betrug 11 Jahre. Fauces und weicher Gaumen mit Exsudat bedeckt und die Athemwege dadurch fast verschlossen, die Respiration sehr erschwert. Beständige Ruhelosigkeit hatte seit 36 Stunden angehalten; alle Zeichen langsamer Suffocation lagen vor. Eine

weiche Gummicanüle wurde durch die Verengerung, die eine Folge der Mandelschwellung war, hindurchgeführt, so dass ihr Ende gerade am Kehlkopf lag. Innerhalb 3 Minuten sank der Kranke in einen regungslosen, absolut ruhigen Schlaf. Die früher qualvolle Athmung war sofort erleichtert. Die Canüle wurde 70 Stunden getragen. LEFFERTS.

75) **Francis Huber** (New-York). **Neue Beobachtungen über die Intubation. (Recent observations relating to intubation.)** *Arch. of Pediatric. Jan. 1889.*

Die Arbeit beginnt mit einem kurzen, in Form einer Tabelle zusammengestellten Bericht über eine Reihe von 94 Fällen, an denen Verf. die Intubation ausgeführt hat. Sein Procentsatz an Heilungen betrug 36 pCt. bei Kindern unter 3 Jahren und 44,5 pCt. bei Kindern von 3 und mehr Jahren.

Verf. berichtet ziemlich ausführlich über eine Methode, die er als „intermittirende Intubation" bezeichnet hat und beschreibt eine Anzahl auf diese Weise behandelter Fälle. Die Methode besteht darin, dass er eine sehr kleine Canüle nimmt in der Absicht, ihr Aushusten nach einer verschieden langen Zeit direct zu begünstigen. Die Canüle wird nur dann wieder eingelegt, wenn die Dyspnoe sich wieder bemerklich zu machen beginnt; so wird sie abwechselnd ausgehustet und wieder eingesetzt, so oft als nöthig. H. wurde zur Annahme dieser Methode durch die Beobachtung geführt, dass wenn die Tube von selbst ausgehustet ist, die Dyspnoe zumeist für eine Reihe von Stunden gleichmässig gebessert ist. Nicht dasselbe Resultat folgt der Herausnahme der Canüle durch den Chirurgen. Die folgenden Vorzüge der Methode macht H. namhaft: 1. Vermehrte Leichtigkeit der Darreichung von Nahrung, Medicin etc. 2. Die Membran unterhalb der Canüle wird leichter ausgehustet. 3. Die Zeit des Tragens der Canüle ist verkürzt. 4. Die Spasmen, die der Entfernung der weiteren Tube folgten, sind aufgehoben. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

76) **F. Huber. Neue Beobachtungen über die Intubation. (Recent observations relating to Intubation.)** *Arch. of Pediatrics. N. Y. Januar 1889.*

H. hatte 94 Fälle mit 37 Heilungen; er begünstigt die frühe Operation nicht, glaubt vielmehr, dass das Sublimat, wenn es zeitig genug, im Beginne der Krankheit, angewendet wird (besondere Vorsicht ist auf die richtige Verdünnung zu legen), einen grossen Procentsatz aller Fälle heilen muss mit oder ohne Operation.

H. zieht die kleinen Tuben vor, die leicht zusammen mit der Membran, die sich unter ihnen bilden kann, ausgehustet werden. Er findet, dass die Canüle, wenn sie so ausgehustet ist, in der Regel für einige Zeit, vielleicht für immer nicht wieder eingelegt werden brauchte. Auch entfernt er die Canüle häufig, um die Aufnahme von Nahrung, Medicin etc. zu ermöglichen; es ist dies letztere eine „intermittirende Intubation". — [Identisch mit der vorhergehenden Nummer? Red.] W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **J. Mount-Bleyer. Einige practische Fingerzeige für die Intubation des Larynx und Bericht über 206 in den Jahren 1886—1888 operirte Fälle. (Some practical hints in connection with intubation of the larynx and a Résumé of**

**206 Cases operated on from 1886 to 1888.** *N. Y. Medical Journal. 2. Februar 1889.*

Gesammtzahl der operirten Fälle 206; männlich 137, weiblich 69.
Heilungen 67 (33 pCt.), Todesfälle 139.
In den geheilten Fällen wurde die Canüle entfernt

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| an | dem | 1. | Tage | in | 3 | Fällen, |
| " | " | 2. | " | " | 13 | " |
| " | " | 3. | " | " | 10 | " |
| " | " | $3^1/_2$ | " | " | 6 | " |
| " | " | 4. | " | " | 12 | " |
| " | " | 5. | " | " | 11 | " |
| " | " | 6. | " | " | 3 | " |
| " | " | 7. | " | " | 4 | " |
| " | " | 9. | " | " | 2 | " |
| " | " | 10. | " | " | 1 | " |
| " | " | 15. | " | " | 1 | " |
| " | " | 20. | " | " | 1 | " |

Unter 107 Fällen bei Kindern unter 3 Jahren kamen 24 Heilungen, bei 99 von Kindern von 3 und mehr Jahren 43 Heilungen vor. LEFFERTS.

78) **J. R. Logan. Ein Fall von Intubation des Kehlkopfs. (A case of intubation of the larynx.)** *Canadian Practitioner. 1. Jan. 1889.*

Bericht über 1 Fall — nichts von speciellerem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

79) **J. Herbert Claiborne. Entfernung einer Fischgräte aus dem Kehlkopf mittelst einer langarmigen Zange. (Removal of a fishbone from the larynx by a pair of long dressing forceps.)** *Practice-Richmond Va. 15. März 1889.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

80) **J. P. Pick** (London). **Ein Fall von in den Ventrikel des Kehlkopfs eingekeiltem Fremdkörper; Entfernung durch die Tracheotomie, Heilung. (Case of foreign body impacted in the ventricle of the larynx; removed by tracheotomy; recovery.)** *Lancet. 2. Febr. 1889.*

Nach einer sorgfältigen Uebersicht über die publicirten Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen wird die Geschichte des in der Ueberschrift angedeuteten Falles mitgetheilt. Der Punkt von besonderem Interesse war in diesem Falle das fast vollständige Fehlen der gewöhnlichen heftigen und charakteristischen Symptome. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

81) **Lindhorst** (Stade). **Ueber Fremdkörper in den Luftwegen.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1888.

Einem $2^1/_2$jährigen Knaben war eine weisse Bohne in die Luftröhre ge-

rathen. Zwei Tage nachher kam er auf die Schönborn'sche Klinik, dort wurde ausser hochgradiger Dyspnoe Dämpfung über der rechten Brusthälfte und Abnahme des Athmungsgeräusches constatirt. Diagnose: Fremdkörper im rechten Bronchus dicht an der Bifurcationsstelle. Nach der Tracheotomie wurde durch Reizung der Bifurcationsstelle ein heftiger Hustenanfall ausgelöst, durch welchen die aufgequollene Bohne in die Trachealwunde hereingeschleudert wurde, sodass sie zu fassen und zu entfernen war. 7 Tage nach der Operation ging der Knabe zu Grunde an einer eitrigen Pleuritis, Mediastinitis, offenbar hervorgerufen durch eine Drucknekrose im rechten Bronchus in der Nähe der Bifurcationsstelle.

SEIFERT.

82) J. Vierhuff (Herbergen in Kurland). **Beitrag zur Lehre von den Fremdkörpern in den Luftwegen.** *Petersburger med. Wochenschr. No. 23. 1889.*

Ein 7 Jahre altes Mädchen erkrankte unter den Erscheinungen einer Pneumonia catarrhalis. Am 26. Tage entleerte Pat. unter starkem Würgen eine Menge Eiter und ein fast cubisches glattes Holzstück von $^1/_2$ Ctm. im Durchmesser. Dasselbe hatte Pat., wie sie sich jetzt erinnerte, einige Tage vor der Erkrankung aspirirt. Heilung. LUNIN.

83) L. Wolff (Schweden). **Einige Worte über Fremdkörper der Luftwege beim Menschen. (Nagra ord om främmande kroppar i luftvägarne hos menniskan.)** *Hygiea. April 1889.*

Verf. theilt einen Fall von Fremdkörper in den Luftwegen mit. Es handelte sich um einen über zwanzigjährigen Mann, der während einer Mahlzeit im Beginne des Decembers 1887 ein Knochenstück, aus einer horizontalen und einer verticalen Platte bestehend, in die Luftwege bekam. Die horizontale Platte war 44 Mmtr. lang und 10 Mmtr. breit, die verticale 10 Mmtr. lang und 8 Mmtr. breit. Es entwickelte sich Husten, Schmerzen in der linken Seite der Brust und Verdichtungsphänomene in dem unteren Theile der rechten Lunge. Am 8. Februar wurde der Fremdkörper ausgehustet und der Kranke wurde vollständig geheilt.

Der Fall giebt dem Verf. den Anlass zu mehreren historischen und allgemeinen Bemerkungen über die Frage. SCHMIEGELOW.

84) Linares (Malaga). **Fremdkörper in der Luftröhre. (Cuerpo extranno en la tráquea.)** *Gaceta médica catalana. 15. Juli 1889.*

Ein 50jähriger Mann verschluckte während des Schlafes eine Kautschuckplatte mit zwei künstlichen Zähnen und erwachte nach $^3/_4$ Stunden unter drohender Erstickungsgefahr. Bei der Unmöglichkeit, eine Kehlkopfuntersuchung vorzunehmen, schritt man sofort zum Luftröhrenschnitt, um das Athmen zu ermöglichen und versuchte dann, den Fremdkörper auf dem natürlichen Wege herauszubefördern. Da dieses aber nicht gelang, öffnete man den Ringknorpel und brachte nun ein Gummizahnstück von 38 Mmtr. hinterer Astweite zum Vorschein. — Verf. macht auf das Ausserordentliche des Umstandes aufmerksam, dass ein verhältnissmässig so ungeheuer grosser Körper durch die Stimmritze hindurch gelangen konnte. GONGORA.

85) **Juffinger. Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 4. 1889.*

Der Fall betraf eine 18jährige Dame, welche ein Stück Johannisbrod beim Essen aspirirte und in den rechten Bronchus gebracht hatte. Nach 14 Tagen wurde der Fremdkörper spontan ausgehustet. In der Trachea Röthung, aber kein Fremdkörper zu sehen. Emphysem der Haut des Halses und der Uvula; auf der rechten Seite der Lunge das Athmungsgeräusch abgeschwächt, später ganz aufgehoben. Mehrere Pneumonieherde. pleurales Reiben rechts, Sputum reichlich putrid. Die pneumonischen Herde in der unteren Lungenpartie lösten sich, dagegen trat deutliche Infiltration der rechten Spitze mit Fieber und Abmagerung auf; die weitere Untersuchung ergab die Anwesenheit von Tuberkelbacillen. Wie die Infection mit Tuberkelbacillen zu Stande kam, ist ungewiss, möglicherweise gleichzeitig mit dem Fremdkörper, vielleicht noch während des Spitalaufenthalts.

SCHECH.

86) **Jalaguier. Fremdkörper in den Luftwegen. (Corps étranger des voies aeriennes.)** Soc. de Chir. de Paris in: *Le Bulletin méd. 17. März 1889.*

Redner zeigt einen Obstkern, der mehrere Tage in der Trachea eines Kranken gesteckt hat. Seine Entfernung wurde nach der Tracheotomie vorgenommen.

E. J. MOORE.

87) **Joseph Collin** (Manchester). **Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *Lancet. 19. Jan. 1889.*

Erzählung eines Falles, in dem ein 6jähriger Knabe ein Zündhütchen inspirirt hatte. Die Tracheotomie wurde ausgeführt. aber der Fremdkörper war nirgends zu finden. 14 Tage darauf wurde derselbe durch einen Hustenstoss in den Kehlkopf gebracht und aus diesem durch die Wunde der Trachea glücklich entfernt.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

88) **T. Bryant** (London). **Ueber zwei Fälle theilweiser Obstruction eines Bronchus durch einen Fremdkörper, mit Bemerkungen über die Vornahme der Tracheotomie zu seiner Entfernung. (On two cases of partial obstruction of a bronchus by a foreign body with remarks on the operation of tracheotomy for its removal.)** *Brit. Med. Journ. 15. Juni 1889.*

Vortrag, am 11. Juni 1889 vor der Royal Med. and Chir. Society gehalten. Der Fremdkörper war im einen der im Titel genannten Fälle ein Knopf, im anderen das Mundstück einer Kindertrompete. Im ersten Falle ging der Patient, ein 49jähriger Mann. der sich nicht operiren lassen wollte, ein paar Monate nach dem Unfall an Erschöpfung zu Grunde. Post mortem wurde der Knopf auf dem Sporn der ersten Bifurcation des rechten Bronchus ruhend gefunden, die Schleimhaut desselben war ulcerirt, die ganze Lunge hepatisirt. — Im zweiten Falle, dem eines 7jährigen Knaben, wurde am 13. Tage nach dem Unfall die Tracheotomie vorgenommen und der Fremdkörper durch die Wunde mit einer langen Zange erfolgreich aus dem linken Bronchus extrahirt. Der Kranke genas schnell. — Der Vortragende legte Gewicht auf die geringen Anfangserscheinungen in beiden Fällen und empfahl warm, in allen Fällen, in denen die Anamnese resp. die physikalischen Zeichen auf das Vorhandensein eines Fremdkörpers in den unteren

Luftwegen hinwiesen, die frühzeitige Vornahme der Tracheotomie. — Die Discussion lehrte nichts Besonderes. SEMON.

89) **Blanc. Die Tracheotomie in Deutschland. (La Trachéotomie en Allemagne.)** *La Clinique. No. 15. 1889.*

Das sonst sehr gute Referat über den Gegenstand nach Artikeln Roser's, Schuchardt's und Jenny's aus dem Centralblatt für Chirurgie, No. 30, 36, 39, 1888, berichtet, dass Schuchardt „im Gegensatz zu germanischer Sitte" einen gesunden Menschenverstand verrathe, indem er nicht verkenne, dass diese Operation ganz französischen Ursprungs sei.

Will sich der sonst unbekannte belgische Autor dadurch in Frankreich einschmeicheln? BAYER.

90) **J. G. F. Messer** (Erfelensburgh). **Beobachtungen über einige der zur Verhütung des Todes absolut nothwendigen Operationen. (Observations on some of the operations absolutely necessary for the prevention of death.)** *Glasgow Med. Journ. April 1889.*

Die Tracheotomie und Laryngotomie finden natürlich ausführliche Besprechung; irgend etwas Neues wird nicht beigebracht. M'BRIDE.

91) **A. Dubois. Beitrag zur Kenntniss der Tracheotomie; die Ursachen des Todes während dieser Operation. (Contribution à l'étude de la trachéotomie, des causes de mort pendant l'opération.)** *Thèse de Paris. 1889.*

Verf. setzt die anatomischen Verhältnisse der betreffenden Region und die verschiedenen Arten des operativen Vorgehens auseinander. Er erkennt als Todesursachen die fehlerhaften Incisionen, die Ablösung der Schleimhaut, Hämorrhagien, Emphysem, den Eintritt von Luft in die Venen, Syncope etc.

E. J. MOURE.

92) **C. Artigalas. Zufälle bei der Operation der Tracheotomie. (Accidents opératoires de la trachéotomie.)** *Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux. 3. März 1889.*

Der Verf. giebt eine Uebersicht über die Zufälle, die in den verschiedenen Zeiten der Operation eintreten können. E. J. MOURE.

93) **H. N. Wadsworth. Eine neue Canüle für die Tracheotomie. (A new canula for operation in tracheotomy.)** *Phil. Med. Times. 1. Februar 1889.*

Eine Metallcanüle sollte nicht in die Trachea eingeführt werden. W. hat eine Guttaperchacanüle construirt, deren grosse Vorzüge ihre Biegsamkeit, ihre Nachgiebigkeit beim Druck gegen einen entzündeten und verschwollenen Theil und ihre Fähigkeit sind, einem gewundenen Canal ohne Gewaltanwendung oder Schmerz zu folgen, sowie in wenigen Minuten fest, unnachgiebig und unzerbrechlich zu werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **Kuel** (Genf). **Trachealcanüle mit Iris-Diaphragma.** *Illustr. Monatsschr. d. ärztl. Polytechnik. 7. 1889.*

Bei der empfohlenen Canüle ist die äussere auf eine Länge von 19 Mmtr. reducirt und deren Mündung mit einem irisförmigen Diaphragma versehen. Dieses

besitzt eine centrale Oeffnung, die durch eine bestimmte Vorrichtung allmälig oder ganz verschlossen werden kann. Die innere Canüle weicht in Nichts von der Construction der gewöhnlichen Doppelcanülen ab. Die hauptsächlichen Vortheile einer solchen Canüle sieht R. darin, dass man durch Zurückziehen der inneren Canüle und Schliessen des Diaphragma's jederzeit die Permeabilität des Larynx controliren und den Pat. graduell von dem Gebrauche der Canüle entwöhnen kann. SEIFERT.

95) **Köstlin** (Stuttgart). **Zur Behandlung der Granulationsstenosen der Trachea nach Tracheotomie.** *Beitr. zur klin. Chirurgie. IV. 2.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

96) **St. Szcz. v. Zaleski** (Tomsk, Sibirien). **Ueber Unzweckmässigkeit der Aluminiumcanülen nach Tracheotomie.** *Intern. klin. Rundschau. No. 18. 1889.*

Z. weist nach, dass Aluminium-Plättchen oder Stäbchen durch alkalische thierische Säfte, noch mehr aber durch Einlegen in die Pleura-, Peritonealhöhle oder Luftröhre angegriffen werden. Es bildet sich nämlich Aluminiumhydrat $Al(OH)_3$, welches sich nur langsam, aber doch in den thierischen Säften löst und zwar wahrscheinlich als Chloraluminium oder organischsaure Thonerde. Diese in den Körper aufgenommenen Verbindungen wirken aber toxisch und erzeugen eine chronische Vergiftung, welche sehr schlimme Erscheinungen hervorruft.

Es sind also Aluminiumcanülen nicht zweckmässig; Z. versuchte daher das Al. zu vergolden, was aber aus technischen Gründen nicht gelang. Er schlägt daher vor, gut vergoldete, silberne Canülen anzuwenden, da die einfachen Silbercanülen ebenfalls von den Gewebssäften angegriffen werden und sich dann bei den Kranken Argyrie ausbilden könne. Canülen aus Gold, Platin, Glas oder Bergkrystall sind theils zu kostspielig, theils so schwer herzustellen, dass sie für gewöhnlich nicht in Betracht kommen. CHIARI.

97) **Ganghofner** (Prag). **Ueber tödtliche Blutungen durch Arrosion der Arteria anonyma nach der Tracheotomie.** *Prager med. Wochenschr. No. 16 und 17. 1889.*

G. beschreibt 2 Fälle von croupkranken Kindern, bei denen es am 10. bezw. am 26. Tage nach vorgenommener Tracheotomia inferior zu dieser tödtlichen Blutung kam. Beide Male hatte die Canüle Decubitus der vorderen Wand der Luftröhre veranlasst; im 2. Falle bestand Scharlach und eine abnorm hohe Lagerung der Arteria anonyma. Nach Besprechung der Literatur (4 Fälle sind ausführlich beschrieben) geht G. auf die Erörterung der Ursachen dieses Unfalles ein. Jedenfalls ist die tiefe Tracheotomie die Hauptschuld; aber sie bietet so viele Vortheile bei Behandlung der Croupstenosen der Kinder, dass man sie trotzdem der hohen vorziehen muss. Ferner ist die Eitersenkung besonders bei länger dauernder Diphtherie sehr schwer zu vermeiden. Endlich ist die Krümmung der Canüle sorgfältig zu wählen und darauf zu sehen, dass sie nicht unnöthig lang ist. Auch soll die Canüle sobald als möglich entfernt werden; sie soll auch leicht, daher aus Hartgummi gefertigt sein. Die Einlegung von Wattetampons oberhalb der Tracheotomiewunde nach v. Langenbeck dagegen scheint keinen

Einfluss auf das Zustandekommen dieser Blutungen zu haben Auf Details dieser sorgfältigen Arbeit gebührend einzugehen, verbietet der Raum; jedenfalls kann sie zum eingehenden Studium bestens empfohlen werden. CHIARI.

98) A. Ernest Mayland (Glasgow). **Tracheotomie mit Ulceration von der Canüle aus durch die Trachea in die Arteria anonyma. Tod. (Tracheotomy with ulceration of the tube through the trachea into the innominate artery and death.)** *Annals of Surgery. März 1889. — Glasgow Med. Journ. Febr. 1889.*

Ein 8jähriger Knabe litt an einem Abscess im Nacken, begleitet von einer Verdrehung der Wirbelsäule und Symptomen von zunehmendem Druck auf die Nerven. Durch den Druck auf Luft- und Speiseröhre wurden die Athmung und das Schlucken erschwert; es musste eines Nachts plötzlich die Tracheotomie gemacht werden; aber man fand, dass auch nach dieser keine Luft eindrang, bis die Trachea mittelst eines Katheters nach vorn gezogen wurde. Es wurden eigene Canülen für den Fall angefertigt und von gelegentlichen Remissionen abgesehen, besserte sich der Patient continuirlich 4 Monate. Dann bekam er eine Scarlatina und starb am 10. Tage unter einer plötzlichen profusen Blutung. Die Section erwies eine durch die Canüle veranlasste Perforation von der Trachea in die eng an diese anliegende Arteria anonyma.

Von dem interessanten Fall wird eine ganz ausführliche Krankengeschichte gegeben. MACKENZIE JOHNSTON.

99) Lennox Browne (London). **Anatomische und andere Facta zur Empfehlung der Intubation. (Anatomical and other facts in support of intubation.)** *Brit. Med. Journ. 9. März 1889.*

B. stellt die hauptsächlichsten Einwände, die gegen die Intubation gemacht worden sind, unter 7 Rubriken zusammen und widerlegt diese der Reihe nach. Er empfiehlt die Operation und räth, sie früh vorzunehmen; nach seiner Ansicht wird sie am besten mit Hilfe des Kehlkopfspiegels ausgeführt.

B. giebt eine interessante Tabelle von Glottismessungen in verschiedenen Lebensaltern, die an anatomischen Präparaten vorgenommen wurden; er zeigt, dass der Durchmesser der Glottis bei der Geburt nur $^1/_8$ Zoll beträgt, während er im 14. Lebensjahre $^1/_2$ Zoll ist. Das Lumen einer Tracheotomiecanüle ist nach G.'s Meinung im Allgemeinen weiter, als es nothwendig ist; B. verlangt, dass die Intubationscanülen mehr nach wissenschaftlichen und anatomischen Principien construirt werden sollen, als die Tracheotomiecanülen. MACKENZIE JOHNSTON.

100) Thomas Annandale (Edinburgh). **Intubation des Kehlkopfs und der Luftwege mit Beschreibung eines neuen Instruments zur Hülfe bei gewissen Operationen. (Intubation of the larynx and air passages with a description of a new instrument as an aid to certain operations.)** *Brit Med. Journ. 2. März 1889.*

Die Abhandlung beschäftigt sich hauptsächlich mit einigen praktischen klinischen Details der Operation der Intubation. Der Autor empfiehlt sie für alle Operationen, die Mund und Nasenrachenraum betreffen, wenn eine Blutung bei

ihnen zu erwarten ist. Er hält dafür, dass sie in fast allen Fällen die Tracheotomie als präliminaren Schritt bei ernsteren Operationen ersetzen sollte.

A. hält die Intubation für ein besonders geeignetes Mittel zur Wiederherstellung oder Unterhaltung der Athmung in Fällen von plötzlicher Verstopfung, wie bei Glottisoedem.

In allen den angeführten Situationen zieht A. die Intubation mit einem langen Catheter vor. Der einzige Einwand, der sich gegen diesen erheben liesse, ist die Compressibilität des Rohrs durch den Druck der Zähne; um diese zu verhindern, hat A. ein Instrument mit einer Schutzdecke aus Hartgummi hergestellt.

Der Rest der Arbeit beschäftigt sich mit der Intubation bei Diphtherie und bei Kehlkopfstenose mit O'Dwyer's Canülen. MACKENZIE JOHNSTON.

101) **Sokolowski** (Warschau). **Ueber luetische Stenose der Trachea und der Bronchien.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 10. 1889.*

Beschreibung zweier Fälle, von denen einer wahrscheinlich auf congenitaler Lues beruhend, durch die Autopsie bestätigt wurde. In beiden Fällen bestand ausser der Trachealstenose Lähmung beider Mm. crico-aryt. post. Im obducirten Falle waren die Nn. recurrentes von Drüsenpacketen umschlossen, die Muskeln makroskopisch normal. Der zweite nicht obducirte Fall endete letal durch profuse Haemoptoe. LANDGRAF.

102) **Schnitzler** (Wien). **Trachealtumor.** Demonstration einer Patientin in der Gesellschaft der Aerzte am 12. April 1889. *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1889.*

Es handelte sich um höckerige Tumoren, die von dem rechten Taschenbande und der rechten und linken Trachealwand ausgehen, breit aufsitzen und ziemlich hart sind. Schn. verspricht weitere Mittheilung über die Operation. CHIARI.

103) **H. Hinterstoisser** (Wien). **Ein Fall von primärem Carcinom der grossen Luftwege mit Metastase an einem Fingerendglied.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 19. 1889.*

Es handelte sich um Carcinom der Trachea und Bronchien mit Metastasen in die mediastinalen, bronchialen, supraclavicularen, cervicalen, axillaren und lumbalen Lymphdrüsen und in das Endglied des rechtsseitigen Ringfingers. Die Trachea war durch die mediastinalen Tumoren stark zusammengedrückt, der Kehlkopf aber nur geröthet, das linke Stimmband gelähmt. Merkwürdig ist das primäre Auftreten des Drüsenzellkrebses (nach der Form der Zellen) in der Trachea und die Metastase in ein Fingerglied. CHIARI.

104) **Dalla Rosa** (Wien). **Beiträge zur Casuistik und Morphologie der Varietäten des menschlichen Bronchialbaumes.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 22, 23 u. 24. 1889.*

Nach kurzer Besprechung der Literatur und besonders des grundlegenden Werkes Aeby's: „Der Bronchialbaum der Säugethiere und des Menschen etc." geht D. auf die Beschreibung seiner Fälle über:

In 2 Fällen von Situs inversus viscerum waren auch die normalen Bronchial-

abgänge völlig umgekehrt, indem links ein eparterieller Bronchus für den oberen Lungenlappen abging, während rechts nur hyparterielle Bronchien abzweigten. In 2 weiteren Fällen mit bedeutenden Gefässanomalien trat beiderseits ein eparterieller Seitenbronchus auf, sowie auch beide Lungen dreilappig waren. Der obere Lappen beider Lungen wurde eben von dem eparteriellen Seitenbronchus versorgt. D. schliesst dann weiter aus den hier nur angedeuteten Gefässanomalien. dass weder das Aorten- noch das Venensystem bestimmend auf die normale Assymetrie des menschlichen Bronchialbaumes einwirke, und hofft nur von vergleichend-anatomischen Untersuchungen Aufklärung über die Ursachen derselben. Endlich beschreibt D. noch 2 Fälle von rechtsseitigem Bronchus trachealis, der nebst einem eparteriellen Seitenbronchus zu beobachten war; diesen Br. trachealis fasst er als den selbstständig gewordenen, hinaufgerückten dorsalen Ast des eparteriellen Seitenbronchus auf. D. räth auch in Bezug auf diese Anomalien vergleichend anatomische Untersuchungen, besonders an Corrosionspräparaten an.

CHIARI.

105) **Gulliver** (London). **Verkäste Drüse, in die Trachea hineinragend. (Caseating gland projecting into the trachea.)** *Brit. Med. Journ. 23. März 1889.*

Demonstration des Specimens am 19. März 1889 vor der Pathol. Society of London. Nach einem wiederholten Erstickungsanfall war der Tod des Pat., eines Kindes, erfolgt. Gulliver war der Ansicht, dass der erste Anfall durch den Druck eines Abscesses auf die Trachea bedingt gewesen und mit dessen Bersten in die Luftröhre vorübergegangen sei, während der Tod durch die spätere Obstruction der Trachea verursacht worden sei. Er gedachte eines ähnlichen von Percy Kidd in den Verhandlungen der Gesellschaft 1884 publicirten Falles. — In der Discussion erwähnt Mr. d'Arcy Power eines Falles, in dem ein tuberculöser Patient eine ebenso durchgebrochene Drüse ausgehustet hatte und die Wunde, wie die später stattgefundene Obduction zeigte, verheilt war.

SEMON.

106) **v. Schrötter** (Wien). **Zur Diagnose des Aorten-Aneurysmas.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 1, 2 u. 3. 1889.*

Aus dieser ausgezeichneten Arbeit, welche besonders die Aneurysmen in schwierigeren Fällen eingehend bespricht, soll hier nur das auf unser Fach Bezügliche hervorgehoben werden. Von den 3 genau beobachteten Fällen, die zur Beleuchtung seiner Ausführungen herangezogen werden, bot der erste deutliche Zeichen von Trachealstenose, ohne dass es wegen Unruhe des Kranken gelang, die verengerte Stelle selbst zu sehen; doch liess sich immerhin eine leichte Hereinwölbung der linken oberen Trachealwand constatiren. Die Section zeigte die Trachea in ihrem untersten Theile hochgradig durch eine halbkugelige Verwölbung des Aneurysmas verengert.

Im 2. Falle war bei einem 31jährigen Kranken eine innerhalb 4 Tagen schnell zunehmende Stenose der Trachea zu constatiren; die Tracheoscopie zeigte eine Verwölbung der hintern linken Wand vom 5. Ringe nach abwärts zunehmend, aber keine Pulsation, so dass Schrötter bei dem Fehlen anderer Anzeichen von An. an eine Geschwulst (vielleicht in Verbindung mit Syphilis) dachte. Kurze

Zeit darauf musste wegen Athemnoth die Tracheotomie gemacht werden; doch brachte nur eine 15 Ctm. lange Canüle Erleichterung. 6 Tage nach der Tracheotomie kam es zu einer tödtlichen Blutung aus der Luftröhre. Die Section ergab ein hühnereigrosses Aneurysma der absteigenden Aorta, welche die Speiseröhre verdrängte und die Luftröhre comprimirte. Merkwürdig war hier das Fehlen der Pulsation an der Vorwölbung der Trachea und das Fehlen aller Schlingbeschwerden.

Der 3. Fall betraf eine 50jährige Frau; neben andern Erscheinungen bestand eine leichte Hereinwölbung der linken Trachealwand und Verengerung des linken Hauptbronchus. Das in vivo diagnosticirte Aneurysma fand sich auch bei der Section u. z. an der absteigenden Aorta den linken Bronchus stark verengernd. Der rechte Bronchus war frei, weit und erschien fast als directe Fortsetzung des Trachealrohres, so dass der Sporn an der Bifurcationsstelle stark nach links stand. Schr. führt diese Stellung des rechten Bronchus auf eine angeborne Abnormität zurück, die er bisher noch nie gesehen habe.

Endlich betont Sch. noch die Wichtigkeit genauer Localisation der An., da man dann erst im Stande sei, Eingriffe behufs localer Coagulation auszudenken und auch vorzunehmen. CHIARI.

107) **Walter Smith** (Dublin). **Aneurysma der Brusthöhle mit tödtlichem Ausgange. (Fatal Thoracic Aneurysma.)** *Dublin Journal of Med. Science. Januar 1889.*

Das Präparat wurde demonstrirt. Unter anderm war der Oesophagus mit der Wand des Aneurysmas verwachsen und der linke Vagus platt gedrückt. Während des Lebens wurden weder Schlingbeschwerden, noch Symptome vom Kehlkopf vermerkt. Eine laryngoskopische Untersuchung scheint nicht vorgenommen zu sein. P. McBRIDE.

## f. Schilddrüse.

108) **Eulenburg** (Berlin). **Zur Symptomatologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 1, 2, 3. 1889.*

Es ist bekannt, dass von der Symptomentrias: Tachycardie, Struma, Exophthalmus — einzelne fehlen können. Am häufigsten fehlt der Exophthalmus. Dann leicht Verwechselungen möglich mit Fällen, in denen Strumen durch Druck auf Halsnervenstämme und Ganglien ein der Basedow'schen Krankheit ähnliches Symptomenbild: Tachycardie mit spastischer Mydriasis und Verengerung der Kopfgefässe einseitig oder doch vorwiegend einseitig vortäuschen. Daher wichtig, den Nebenerscheinungen in diagnostischer Beziehung grössere Beachtung zu schenken. Dahin gehören das Graefe'sche Symptom mangelhafter Congruenz zwischen Bewegungen des oberen Augenlids und Hebungen resp. Senkungen der Blickebene, beruhend auf Störung des central angelegten Mechanismus der associirten Bewegung. Dasselbe findet sich noch nicht in der Hälfte der Fälle. Ferner das Stellwag'sche Symptom. Aufgehobensein oder Beschränkung des spontanen Lidschlags. Auch dies, als Reflexstörung aufzufassen, fehlt sehr häufig. Ebensowenig diagnostisch

verwendbar ist die von Moebius gefundene Abschwächung der Convergenzbewegungen. Werthvoller ist das Zittern, das Charcot als 4. Hauptsymptom ansieht. Aber auch dies kann in ausgesprochenen Fällen fehlen. Wie es, wenn vorhanden, zu erklären ist, steht dahin. Am Hautorgan finden sich: Hitzegefühl ohne nachweisbare Temperaturerhöhung, leicht eintretender Farbenwechsel, Neigung zu Erythem, Urticaria, Sclerem, Hyperhidrosis. Seltener Pigmentanomalien und zwar sowohl partielle Vitiligo, als Icterus und Bronzefarbe. Ungemein selten ist die Combination von Morbus Basedowii und Addisonii (Oppenheim, Eulenburg). Im Zusammenhang mit diesen Hautanomalien steht die Verminderung des galvanischen Leitungswiderstandes und zwar handelt es sich um ein niedriges und rasch erreichbares relatives Widerstandsminimum bei geringer electromotorischer Kraft. Dies Symptom ist nur im positiven Sinne verwerthbar.

Die Theorie der Basedow'schen Krankheit wird nur kurz gestreift. Sie ist vorläufig noch ein sehr dunkles Gebiet. Der Moebius'sche Versuch, Basedow-sche Krankheit und Cachexia strumipriva auf Erkrankungen der Schilddrüse zurückzuführen, wird mit Hinblick auf die Munk'schen Experimente zurückgewiesen.

Unter dem Hang zum vorzeitigen Theoretisiren hat die Behandlung gelitten. Die Herzmittel sind nutzlos, als Palliativmittel gegen die Palpitationen leisten Kälte und Electrisation bessere Dienste. Galvanisation des Halssympathicus, allgemeine Electrisation sind in vielen Fällen von Nutzen. Jod innerlich und intrastrumös injicirt leistet nichts. Die Erfolge mit totaler (Rahn) und partieller (J. Wolff) Strumectomie sind vereinzelt, ebenso wie die Erfolge rhinochirurgischer Behandlung (Hack, B. Fränkel). Es handelt sich bei der Basedow'schen Krankheit nicht um eine reine Localneurose, sondern um einen mit bestimmten Localisationen einhergehenden allgemein-nervösen Erschöpfungszustand, der behandelt sein will. Die örtliche und systematische Behandlung tritt dem gegenüber zurück.

Die Kranken gehören in Anstaltsbehandlung. Aermere Kranke in Krankenhäuser, besser situirte in Nerven-Sanatorien. Weniger empfehlen sich offene Badeorte, wenngleich nicht in Abrede gestelt wird, dass in Cudowa, Flinsberg, Elster, Franzensbad oft sehr günstige Erfolge erzielt sind. Unzweifelhaft wirkt hier schon die Höhenlage mit. In noch höheren Orten über 1000 Meter sind die Resultate noch besser. Engelberg, Gurnigel, Rigi-Kaltbad und Scheideck, vor allem St. Moritz. Selbst die schlimmsten Complicationen mit organischen Herzkrankheiten bilden keine absolute Contraindication. Die klimatische Einwirkung wird verstärkt durch gleichzeitigen Gebrauch balneotherapeutischer, diätetischer und electrotherapeutischer Heilverfahren. Leichtere Formen der Kaltwasserbehandlung, kohlensaure Bäder. Hydroelectrische Bäder, alternirend mit localer Anwendung des galvanischen oder inducirten Stromes. Letzterer von Vigouroux besonders methodisirt. Eulenburg hat in letzter Zeit Influenzelectricität angewendet und damit gute Erfolge erzielt. Die diätetischen Curen bestehen in systematischer Ernährung nach Art der Playfair'schen oder Weir-Mitchell'schen Cur. Bei häuslicher Behandlung Milch- und Kefircuren. Ueber Durst- und Trockencuren fehlen E. Erfahrungen. LANDGRAF.

109) **R. Norris Wolfenden** (London). **Beobachtungen über die Basedow'sche Krankheit. (Observations on exophthalmic goitre.)** *Journal of Laryngology. Sept. u Oct. 1888.*

W. lenkt die Aufmerksamkeit zuerst auf die erbliche Belastung bei der Basedow'schen Krankheit und führt bemerkenswerthe Beispiele dafür an, wie dieselbe sich mit andern nervösen Erkrankungen vereinigt. Nur ein geringer Zusammenhang besteht zwischen dem Morb. Basedowii und dem gewöhnlichen Kropf. Den Anlass zur Erkrankung bildeten bisweilen Gemüthsbewegungen, harte Arbeit, Schwangerschaft oder menstruelle Störungen. Anämie und Chlorose hält W. mehr für Begleiterscheinungen der Krankheit, als für ihre Ursache.

Menstruelle Störungen und die uterinen Functionen haben einen bedeutenden Einfluss. — Das einzige Symptom von Seiten des Halses, das nach Allem sicher zum Bilde der Krankheit gehört, ist der Husten; er besteht mit oder ohne Pharyngitis, stets ohne physikalische Erscheinungen.

Dann geht W. zur Betrachtung des sensorischen und motorischen Apparates über; er trifft neben Hyperästhesie, Schmerzen, Migräne, Convulsionen auch Muskelatrophie, Chorea, Ataxie, Absterben der Finger. — Geistesstörungen und Insomnie kommen vor. — Eine geringe Temperatursteigerung ist fast constant.

Auf 2 Symptome legt W. besonderen Werth, auf den Tremor und die verminderte electrische Widerstandskraft. Das Zittern wird bei allen ausgesprochenen Fällen gefunden und ist sehr fein und rhythmisch. Bezüglich der electrischen Resistenz des Körpers giebt es keine Krankheit. wo dieselbe so stark herabgesetzt ist, wie beim Morb. Basedowii. W. führt zur Illustration des electrischen Verhaltens einige Fälle an und beschreibt auch die Methode und die Apparate, die er zur Messung desselben benutzt hat. A. E. GARROD.

110) **E. Leflaive. Neue Theorien über Natur und Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. (Théories récentes sur la nature et la pathogénie du goître exophthalmique.)**

Nichts Neues. — Kritik der verschiedenen Arbeiten über den Gegenstand.

E. J. MOURE.

111) **Dauscher** (Vordernberg, Steiermark). **Ein hochgradiger Fall von Morbus Basedowii.** *Wiener med. Presse. No. 7. 1889.*

Der Fall ist bemerkenswerth wegen des starken Exophthalmus, der rechts beinahe bis zur Luxation des Bulbus führte, dann wegen des späten Auftretens der Struma und wegen des durchdringenden Geruches des Schweisses. Nach $2^1/_2$ Monaten trat unter dem Gebrauche kalter Waschungen und beim Aufenthalte in einer hohen Gebirgsgegend bedeutende Besserung ein. CHIARI.

112) **Hughlings Jackson-Taylor** (London). **Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Brit. Med. Journ. 23. März 1889.*

Demonstration der Patientin vor der Medical Society of London am 13. März 1889. Nichts Besonderes. SEMON.

113) **White** (London). **Zur Pathologie des Morbus Basedowii.** *Wiener med. Blätter. No. 24. 1889.*

W. bringt die Geschichte eines Patienten, der, an Pneumonie verstorben, schon 6 Stunden nach dem Tode obducirt wurde. Der Halssympathicus war vollkommen gesund. Dagegen zeigte die Schilddrüse eine Vermehrung der Vesikel und nebst Blutüberfüllung eine Menge von Wanderzellen, die Medulla oblongata in der Höhe der Olivenkerne und des Kernes des VI. Gehirnnerven und endlich die Corpora restiformia Erscheinungen von Entzündung und Blutaustritte. W. glaubt daher, dass der M. B. in Veränderungen an gewissen Theilen des Bodens des IV. Ventrikels begründet sei. CHIARI.

114) **G. Ballet. Bericht über Tabes zusammen mit Basedow'scher Krankheit. (Rapports de l'ataxie locomotrice et du goitre exophthalmique.)** Soc. méd. des hôp. in: *Le Bulletin méd. 10. Febr. 1889.*

Der Verf. sieht im Allgemeinen in dem Zusammentreffen von Tabes und Morbus Basedowii nur eine einfache Verbindung zweier Krankheiten. Die Basedow'sche Krankheit, besonders in den abortiven Formen, heilt er durch Electricität. E. J. MOURE.

115) **Th. Schott** (Nauheim). **Zur Behandlung des Morbus Basedowii.** *Deutsche Med. Ztg. No. 31. 1889.*

In seinem über Morb. Basedowii in der balneolog. Gesellschaft am 2. März 1889 gehaltenen Vortrage berichtet Sch. über einen Fall, in welchem die Behandlung der Nase (Hack, B. Fränkel), mit negativem Resultat versucht worden war. SEIFERT.

116) **Gerin-Roza. Heilung eines Falles von Basedow'scher Krankheit. (Guérison dans un cas de goitre exophthalmique.)** Soc. méd. des hôp. in: *Le Bulletin méd. 10. März 1889.*

Die Krankheit, die von Anfang an von sehr schweren Magenkrisen begleitet war, heilte vollständig in Folge eines Aufenthaltes auf dem Lande.

E. J. MOURE.

## g. Oesophagus.

117) **W. Burton. Carcinom des Oesophagus mit Betheiligung des rechten Nervus recurrens laryngis. (Carcinoma of oesophagus involving the right recurrent laryngeal nerve.)** Medicinische Gesellschaft zu Cambridge. *Brit. Med. Journal. 11. Mai 1889.*

B. demonstrirte ein Präparat, das von einer 50jährigen Frau stammte. Ein harter fibröser Ring ging rings um das obere Ende der Speiseröhre in Ausdehnung von etwa $^1/_2$ Zoll. An der rechten Seite erstreckte sich die Geschwulst nach vorn und fasste den rechten N. recurrens laryngis in sich.

MACKENZIE-JOHNSTON.

118) **Gratia. Oesophagus- und Cardiakrebs. (Cancer de l'oesophage et du Cardia.)** Société d'Anatomie Pathologique de Bruxelles. *La Clinique. No. 16. 1889.*

Vorzeigen des Präparates eines orangegrossen Tumors, welcher an der Uebergangsstelle von Cardia und Oesophagus durch Ulceration einer grösseren Arterie den Tod durch Hämorrhagie herbeigeführt hatte. BAYER.

119) **Curschmann** (Leipzig). **Fall von Oesophagus-Carcinom.** Bericht der med. Gesellsch. zu Leipzig. 29. I. 1889. *Schmidt's Jahrbücher. No. 4. 1889.*

Herr C. stellt einen an Oesophagus-Carcinom leidenden Mann vor, welcher nach Leyden's Vorschlag mit der Dauersonde ernährt worden war. Diese Behandlung wurde gut vertragen und hatte den Erfolg, dass der Kranke sich wesentlich erholen konnte. SEIFERT.

120) **G. Klemperer. Ein Fall von Oesophagus-Carcinom. Uebergreifen auf das Herz. Herzgangrän. Tod durch Hirnembolie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 19. 1889.*

Ueberschrift deckt den Inhalt.

Der Kranke datirte seine Beschwerden vom Juli 1888, wurde vom 6. October bis 14. December mit Dauercanülen behandelt. Letztere waren dann überflüssig, weil die Passage, wohl durch Zerfall des Carcinoms, frei wurde. Vom 6. März 1889 ab Fieber mit Schüttelfrösten, Tod am 10. März.

Die Behauptung, dass die Behandlung mit der Dauercanüle das Leben um 5 Monate verlängert hätte, erscheint etwas gewagt bei der nur 9monatl. Dauer des Leidens. LANDGRAF.

121) **Charters J. Symonds** (London). **Weitere Verbesserungen bei der Behandlung maligner Oesophagusstricturen. (Further improvements in the treatment of malignant stricture of the oesophagus.)** *Lancet. 30. März und 6. April 1889.*

Der Autor giebt einen ganz entschiedenen Vorzug vor allen Behandlungsweisen bei Oesophaguscarcinom der Methode, die er selbst ersonnen und mit grossem Erfolge angewendet hat. — S. führt bekanntlich eine kurze Hartgummi-Canüle durch die Strictur und lässt sie an dieser Stelle oft mehrere Monate liegen. Für diese Methode nimmt der Verf. in Anspruch, dass sie das Leben verlängert, den Tod weniger qualvoll macht und den Allgemeinzustand des Kranken, sowie sein Wohlbefinden, ausserordentlich hebt. — Der Verf. schliesst eine Reihe Fälle an, die die Details seiner Behandlungsmethode und die damit erreichten Resultate erkennen lassen. MACKENZIE-JOHNSTON.

122) **George H. Rodman** (Oxford). **Bemerkungen über die Behandlung carcinomatöser Oesophagusstricturen durch Intubation, mit erläuternden Fällen. (Remarks upon the treatment of cancerous stricture of the oesophagus by means of intubation, with illustrative cases.)** *Bristol med. Journ. 25. Mai 1889.*

Verf. glaubt, dass diese Behandlungsmethode gegenüber der Gastrostomie sehr günstige Resultate giebt; er berichtet 2 Fälle, in denen das Leben durch die

Ernährung mittelst der Dauersonde beträchtlich verlängert wurde. In dem einen Falle war der Seidenfaden, der in die Sonde eingeschlungen war, durch die Zähne durchrchnitten worden, nach 171 Tagen kam die Canüle während eines Hustenstosses wieder zum Vorschein. Um dieser Gefahr zu begegnen, empfiehlt B., den Faden durch eine Umkleidung mit einem Gummirohr bei seiner Passage durch den Mund zu schützen. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

123) **Delassus. Krebs der Speiseröhre. Gastrostomie. (Cancer de l'oesophage. Gastrostomie.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. 26. April 1889.*

Der Kranke wurde operirt und starb am 9. Tage nach der Operation. Es handelte sich um eine epitheliale Neubildung 10 Ctm. oberhalb der Cardia gelegen. Es folgen einige Betrachtungen über die Berechtigung des Eingriffs, über einzelne Details der Operation, über den Verband und die Ernährung des Kranken. E. J. MOURE.

124) **A. J. Miles. Krebsige Strictur der Speiseröhre. (Cancerous Stricture of the oesophagus.)** *Cincinnati Lancet-clinic. 6. April 1889.*

Bericht über einen Fall. — Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

125) **J. Clarence Smith** (India). **Ein Fall von Oesophaguskrebs, in dem die Gastrostomie ausgeführt wurde. (Case of cancer of the oesophagus, in which gastrostomy vas performed.)** *Brit. Med. Journ. 2. März 1889.*

Der Fall, der der South Indian and Madras Branch der Britischen Medicinischen Gesellschaft vorgetragen wurde, hat mancherlei Besonderheiten. Der Kranke hatte eine Fistel zwischen Trachea und Speiseröhre.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

126) **E. Vinaut. Werth der Gastrostomie beim Oesophaguskrebs. (Valeur de la gastrostomie dans le cancer de l'oesophage.)** *Thèse de Paris. 1889.*

Dank den Fortschritten der Chirurgie hält Verf. die Gastrostomie für besser, als den Gebrauch der Verweilsonde. Jede operative Heilung ist als Erfolg zu betrachten. E. J. MOURE.

---

# II. Gesellschaftsberichte.

## a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.[1])

### Erste Sitzung.

P. Heymann demonstrirt ein Präparat eines tuberculösen Geschwürs am Zungengrunde.

---

[1]) Herr Dr. Rosenberg, der Secretär der Gesellschaft, wird die Güte haben, im Centralblatt fortlaufend über die Thätigkeit derselben zu berichten. Red.

Darauf spricht:

Landgraf: Ueber Kehlkopferkrankungen bei Abdominaltyphus (cf. 2. Theil des Referats 104. November 1889).

Zweite Sitzung.

Schadewaldt stellt einen alten Fall von Larynxstenose nach Typhus vor. Der 33jährige Patient, der in der Reconvalescenz wegen drohender Erstickung tracheotomirt worden war, trägt noch die Canüle. Die Glottis ist nur wenig geöffnet; Stimmbänder röthlich verfärbt, das rechte median fixirt. Das Relief des rechten Aryknorpels fehlt, der Santorinische Knorpel liegt am hinteren Ende des rechten Stimmbandes. Das linke Stimmband sehr beschränkt beweglich, unter demselben im Stimmbandwinkel eine narbige Falte. — Exfoliation des rechten Aryknorpels oder Hinabgesunkensein desselben in einen Defect des Ringknorpels.

P. Heymann demonstrirt einen Fall von Membranbildung im oberen Theile des Larynx in Folge von hereditärer Lues;

Lublinski einen Fall von Zerstörung des Septums der Nase durch eine zerfallende Gummigeschwulst;

B. Fränkel ein Präparat von acuter phlegmonöser Kehlkopfentzündung bei einer Geisteskranken.

Darauf spricht:

Martius: Ueber zwei bemerkenswerthe Fälle von Stimmbandlähmung (cf. Charité-Annalen 1889. XIV. S. 315).

M. beobachtete in einem Falle von Diphtherie, in dem eine Perineuritis purulenta n. vagi am 10. Krankheitstage eintrat, die Erscheinungen der Behinderung der Stimmbandbewegung in einer bisher nicht gesehenen Unmittelbarkeit der Reihenfolge.

Am 12. Krankheitstage zeigte sich eine Schwerbeweglichkeit des Stimmbandes der entsprechenden (linken) Seite. Dieser Zustand besteht 3 Tage. Am 4. Tage Posticuslähmung — Medianstellung. 3 Stunden nach Constatirung dieses Befundes Cadaverstellung. Beim Phoniren tritt Ueberkreuzung von Seiten des rechten Aryknorpels ein. Ein glänzende Bestätigung des Semon'schen Gesetzes!

Im zweiten Falle handelte es sich um ein den Oesophagus fast ringförmig umgreifendes ulcerirendes Carcinom, das in dem mediastinalen Bindegewebe nach oben fortgekrochen war und an der linken Halsseite den N. recurrens völlig einbettend und zerstörend fortgeschritten war, um im Kehlkopf zu endigen, so dass eine linke Recurrensparalyse bestand neben einer entzündlichen Erscheinung derselben Kehlkopfseite in Gestalt eines sogenannten collateralen, entzündlichen Oedems — ein Umstand, der die laryngoskopische Diagnose erschwerte.

Dritte Sitzung.

B. Fränkel demonstrirt 1) einen Fall von Stenose des Pharynx syphilitischen Ursprungs, dessen Lumen nach unten trichterförmig sich verengte, so dass die untere Oeffnung, von etwa Rabenfederkieldicke, den Kehlkopf nicht in die

Erscheinung treten liess. Durch Bougirung bedeutende Besserung; 2) einen Fall von knöchernem Verschluss der Choanen bei einem 18jährigen jungen Manne.

Darauf spricht:

Schötz: Ueber Erythema exsudativum multiforme in den Halsorganen (cf. Berl. klin. Woch. XXVI. 27. 1889).

15 Tage nach den ersten Krankheitserscheinungen fand S. bei dem leicht fiebernden Patienten starke Röthung der Mund- und Pharynxschleimhaut, Geschwüre mit gelblich-grauem Grunde. Der Kehlkopf zeigte Schleimhautröthung und unter dem linken Stimmbande höckrige Wulstung. 2 Tage später Geschwür an der hinteren Larynxwand und am Rachendach. Jetzt trat das Exanthem auch auf der äusseren Haut auf. Nach kurzen Intervallen trat das Leiden wieder an der Schleimhaut auf. Erst nach 6 Monaten Heilung. Das Dominirende waren solide knötchenförmige Infiltrate, deren necrotischer Zerfall die Ulceration machte.

A. Rosenberg (Berlin).

---

**b) Bericht über die Verhandlungen der laryngo-rhinologischen Abtheilung der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg.**

Einführender: Prof. Dr. A. Jurasz.
Schriftführer: J. Neugass
(beide Heidelberg).

I. Sitzung am 18. September, 2 Uhr Nachmittags.

Die Abtheilung constituirt sich im Hörsaale der chirurgischen Klinik. Begrüssung der Anwesenden durch den Einführenden. Zum Vorsitzenden dieser und der nächsten Sitzung wird Prof. Jurasz gewählt und zum Schriftführer für die Dauer der Verhandlungen J. Neugass bestätigt.

Der Vorsitzende hält einen Necrolog auf den kurz vorher verstorbenen Prof. Voltolini, zu dessen Ehren sich die Anwesenden von ihren Sitzen erheben. Zugleich wird beschlossen, folgendes Beileidstelegramm an die Familie des verschiedenen Altmeisters zu senden:

„Die in Heidelberg zur 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte anwesenden Theilnehmer der laryngo-rhinologischen Abtheilung übermitteln der Familie ihres verstorbenen Altmeisters Voltolini ihr innigstes Beileid mit der Versicherung, dem edlen Todten stets ein treues Andenken bewahren zu wollen.

I. A.: Prof. Jurasz.“

Nach der Feststellung der Tagesordnung für den nächsten Tag wird die Sitzung geschlossen.

II. Sitzung am 19. September, 9 Uhr Vormittags.

Vorsitzender: Jurasz (Heidelberg).

1. B. Fränkel (Berlin): Die rhino-laryngologischen Operationen in der Aera des Cocains.

In der laryngoskopischen Periode der rhino-laryngologischen Operationen bildet die Einführung der Cocain-Anästhesie einen Abschnitt. Wir verwenden meist das Cocainum hydrochloratum in der Nase und im Rachen als 10—15proc., im Kehlkopfe als 20proc. Lösung mit dem Pinsel oder Wattebausch, mit der Spritze, dem Zerstäuber (Maximaldosis etwa 0,1) oder als submucöse Injection. Vergiftungserscheinungen kommen vor, sind anscheinend individuell, haben aber, soweit dies aus der Literatur zu ersehen ist, bisher bei rhino-laryngologischen Operationen keinen Todesfall zur Folge gehabt. Neben der Anästhesie stellt sich das Aufhören der Reflexe und eine gewisse Ischämie ein. Als Uebelstände sind besonders die subjectiven Empfindungen des Patienten und der Zeitverlust zu erwähnen. Die Veränderungen unserer Technik des Operirens bei Cocain-Anästhesie treten schon in der Pars oralis des Pharynx hervor. Die Operationen werden vom Patienten bereitwillig gestattet und durch Fortfallen der Reflexe leichter und sicherer. In Folge dessen wird die Galvanokaustik häufiger angewandt und ist z. B. die Verkleinerung der Tonsillen auch bei Blutern und in der Narcose beim aufrechten Kopfe ohne Gefahr ausführbar. Aehnliches gilt noch mehr für die Nase. Hier hat sich die Chirurgie höhere Ziele gestellt. Knochenoperationen mit Meissel, Säge, Zange sind alltäglich geworden. Auch im hintersten Theile der Nase sind jetzt Polypen von vorn zu sehen und unter Führung des Auges zu entfernen. Die bimanuelle Operation wird seltener nöthig und zum Zwecke der Polypenoperation ist eine Spaltung der Nase oder des Palatum nicht mehr erforderlich. Auch in der Nase können nunmehr dickere Instrumente angewandt werden, ohne die Inspection zu behindern. Im Nasenrachenraum hat das Cocain die Untersuchung erheblich gefördert, die Operationen weniger verändert. Die Hauptveränderung zeigt sich im Kehlkopfe. Hier ist kein Virtuosenthum mehr erforderlich, um möglichst schnell Polypen zu extrahiren. Allerdings müssen Auge und Hand des Operirenden immer noch längere Zeit eigens zum Zwecke dieser Operationen eingeübt werden. Dann aber gelingen dieselben ohne die Geduldsprobe der langen Vorübung des Patienten in aller Ruhe und Sicherheit. Es kommt nicht mehr darauf an, möglichst dünne Instrumente zu verwenden, und wird die Schlinge und die schneidende Zange immer mehr bevorzugt. Die Verbreitung des Curettement hat die Cocain-Anästhesie zur Vorbedingung. So sind also auf dem ganzen Gebiete die localtherapeutischen Methoden sicherer und leichter geworden. Die Gefahr eines über die Gebühr ausgedehnten Gebrauches der Localtherapie auf Kosten der allgemeinen Behandlung wird durch die gute allgemein medicinische Ausbildung der Laryngologen vermieden werden.

Discussion:

Aronsohn (Ems) berichtet über einen Fall, bei dem zur Anästhesie des Kehlkopfes, aus welchem 2 fibröse Polypen galvanokaustisch zu entfernen waren,

nicht einmal 0,8 Cocain ausgereicht hatten. Unangenehme Erscheinungen wurden dabei nicht beobachtet.

M. Schmidt (Frankfurt a. M.) führt die Misserfolge der Cocainwirkung auf schlechte Präparate oder auf die Idiosynkrasie der einzelnen Menschen zurück. Er wendet statt Lösungen dieses Mittels, bei deren Gebrauch er besonders die Vergiftungen beobachtet hat, das Cocain in Pulverform mit Zucker (1:5) an. Es genügen sehr geringe Mengen zur Anästhesie.

Goldschmidt (Reichenhall) frägt, ob schon ein Fall von Vergiftung nach submucöser Einspritzung vorgekommen ist?

P. Heymann (Berlin) gebraucht immer grosse Dosen des Cocains und hat verhältnissmässig viele Vergiftungsfälle beobachtet. Dieselben verliefen aber ohne schlimme Folgen. Eine genaue Dosirung dieses Mittels sei fast unmöglich.

J. Schnitzler (Wien) empfiehlt die kalte Zerstäubung der Cocainlösung, bei welcher schon geringe Dosen die Anästhesie herbeiführen. Er erwähnt einen Fall von Sarcom der Trachea, von welchem nach der Cocainisirung ein Stück behufs mikroskopischer Untersuchung entfernt werden konnte. Der Werth dieses Mittels für die laryngo-rhinoskopischen Operationen sei gross, doch solle man denselben nicht überschätzen.

Bresgen (Frankfurt a. M.) hat in letzter Zeit selten und nur leichte Cocainvergiftungen beobachtet. Er gebraucht für die Nase eine 10proc. Lösung mittelst eines Wattebäuschchens. Nach jeder Einbringung des Mittels wird der Kopf nach vorn geneigt und dann die Nase ausgeblasen, damit die Lösung nicht in den Rachen gelangt. Für die Rachenhöhle genügt eine 10—20 proc. Lösung. Bei kleinen Kindern gebraucht er zur Entfernung der Adenome keine Cocainisirung, weil dadurch die Aufregung der Kinder gesteigert wird. Im Kehlkopf führt öfter selbst eine 20 proc. Lösung von Cocain zu keinem Resultate. Dagegen erweist sich die submucöse Einspritzung (10 pCt.) meist wirksam. Wichtig sei, von vornherein mit grossen Dosen anzufangen.

Jacoby (Magdeburg) erwähnt, dass er öfter Fälle beobachtet habe, in denen bei Cocainisirung die Sensationen am Gaumen zum Erbrechen führten. Ausserdem sah er einen Fall von schweren Vergiftungserscheinungen bei einem 10 Jahre alten Mädchen, welches behufs Entfernung eines Knochens aus dem Kehlkopf cocainisirt wurde. Nach Verbrauch von ziemlicher Menge Cocain stellten sich klonische Krämpfe ein, die 3 Stunden dauerten. Der Puls war dabei sehr schwach und klein, die Augen weit offen, die nachfolgende Nacht schlaflos. Das Kind erholte sich aber vollständig.

Kollmann (Badenweiler) rühmt die Verbindung des Cocains mit Menthol (Menthol 0,5, Cocain 0,3—0,5, Emulsion. oleosae und Aqu. dest. aa. 100,0).

Jurasz (Heidelberg) hebt hervor, dass der Nutzen der erzielten Cocainanästhesie bei endolaryngealen Operationen mitunter durch eine sehr starke Hypersecretion der Rachenschleimhaut, in anderen Fällen durch starke reflectorische Schluckbewegungen wesentlich beeinträchtigt wird.

Zum Schluss der Discussion erwähnt noch der Vortragende den seltenen Ausfall der Wirkung des Cocains beim Gebrauch desselben in der Trachea. Bei

kleinen Kindern sei die Cocainisirung des Nasenrachenraumes unnöthig. Seine Angaben über die Dosirung beruhten auf Messungen mit calibrirten Spritzen.

2. Rosenfeld (Stuttgart): Ueber die Perforationen im Septum narium.

Der Vortragende bespricht diejenigen Septumperforationen, bei denen weder Syphilis, noch Tuberculose, noch Typhus, Trauma, Abscesse oder Perichondritis als Ursache festgestellt werden kann und die als Erkrankungen sui generis zu betrachten sind. Indem er in ätiologischer Beziehung an die trophoneurotischen gangränösen Processe an den Händen und Füssen erinnert, glaubt er, dass auch diese idiopathischen Perforationen des Septums neurotischen Ursprungs sind.

Discussion:

Krause (Berlin) macht auf die Möglichkeit der traumatischen Entstehung dieser Perforationen aufmerksam, bemerkt aber, dass sich für die trophoneurotische Erklärung im Trigeminusgebiete allerdings eine Analogie in der Sclerodermie und einseitiger Gesichtsatrophie findet.

Jacoby (Magdeburg) ist der Ansicht, dass bei der Schorfbildung am Septum, besonders wenn sie symmetrisch auf beiden Seiten statthat, der Eiterungsprocess fortschreiten und zu einer Perforation führen kann.

B. Fränkel (Berlin) erinnert daran, dass die Durchlöcherung des Septums an der Stelle constatirt wird, an welcher die Epistaxis habitualis entsteht und dass diese Stelle der Ausführungsöffnung des Jacobson'schen Organs entspricht. Man müsste also dabei auch an eventuelle Gefässveränderungen denken.

Aronsohn (Ems) beobachtete einen Fall, in welchem die traumatische Entstehung der Perforation evident war. Patient erzählte nämlich, dass er nach einer schweren Rectumoperation in Folge der bedeutenden Schmerzen in der Nase mit dem Finger gekratzt habe und dadurch die Perforation zu Stande gekommen sei.

Im Schlusswort bemerkt der Vortragende, dass der Fall von Aronsohn wegen des traumatischen Ursprungs nicht hierher gehört. Den B. Fränkel'schen Ausführungen gegenüber sei zu erwähnen, dass der Ort der habituellen Nasenblutung und der Mündung des Jacobson'schen Organs nicht dem Orte entspreche, wo sich die in Rede stehenden Perforationen befinden. Letztere liegen höher und tiefer dort, wohin man mit dem Fingernagel nicht leicht komme. Die weiteren Beobachtungen werden wohl die trophoneurotische Natur der besprochenen Perforationen nachweisen.

3. J. Schnitzler (Wien): Ueber eine neue Behandlungsweise der Tuberculose des Kehlkopfes.

Diese neue Behandlungsweise besteht in der Anwendung des früher schon von M. Schmidt gegen die Larynxtuberculose gepriesenen, in letzter Zeit aber aufgegebenen und vor Kurzem von Landerer wieder empfohlenen Perubalsams, den der Redner mit Collodium verbindet. Die therapeutischen Versuche hat der Vortragende noch nicht abgeschlossen und berichtet deshalb nur über die bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren erzielten Resultate. Er lässt zunächst Ein-

athmungen mit Perubalsam-Emulsion, der er meist entsprechende adstringirende und resolvirende Mittel zusetzt, machen, um das tuberculöse Geschwür zu reinigen, sodann bepinselt er dasselbe mit Perubalsam. Tiefere, torpide Geschwüre werden vorher noch mit scharfem Löffel ausgekratzt und etwaige polypoide Excrescenzen mit dem Glühdraht zerstört. Zu der Verbindung des Perubalsams mit dem Collodium veranlasste den Redner die Anschauung, dass das letztere Mittel durch die austrocknende und zusammenziehende Wirkung die Lockerung und Schwellung der Schleimhaut und die Hypersecretion günstig beeinflusst und dass es über dem Geschwür eine Decke bildet zum Schutz gegen jede Reizung und ev. Eindringen niederer Organismen. Bezüglich des Perubalsams kommt seine bakterientödtende und mildreizende Eigenschaft in Betracht. Die Wirkung des Perubalsam-Collodiums ist eine ganz eclatante: Die Schwellung der Schleimhaut nimmt rasch ab, die Secretion vermindert sich bald und die oberflächlichen Erosionen heilen in kürzester Zeit. Auch stärkere Infiltrate verkleinern sich und selbst tiefe Geschwüre zeigen schon nach Kurzem einen unverkennbaren Heiltrieb. Dabei wirkt das Mittel auf die subjectiven Beschwerden äusserst günstig ein: es erzeugt eine Kühle, lindert die Schmerzen und verringert die Schlingbeschwerden. Eine vollständige Vernarbung und dauernde Heilung darf aber nur dort erwartet werden, wo das allgemeine Leiden, namentlich die Lungenaffection, noch nicht zu weit vorgeschritten oder wo ein Stillstand desselben eingetreten ist.

Im Weiteren führt der Vortragende die verschiedensten Mittel an, die mit mehr oder weniger Erfolg gegen die Kehlkopftuberculose angewandt wurden, und drückt sich dahin aus, dass für den nüchtern denkenden Arzt aus den mit den heterogensten Arzneikörpern erzielten Heilresultaten nur das eine Erfreuliche hervorgeht, dass die Kehlkopftuberculose überhaupt heilbar ist und in vielen Fällen auch thatsächlich heilt. Diese Anschauung hat sich erst seit kurzer Zeit Bahn gebrochen. Der Redner erinnert daran, dass er diesen Standpunkt als einer der Ersten schon vor mehr als 20 Jahren schriftlich, später auf ärztlichen Congressen und in Sitzungen ärztlicher Gesellschaften vertreten habe. Er habe besonders bei der Vertheidigung des Jodoforms als eines die Kehlkopftuberculose heilenden Mittels einen harten Kampf zu bestehen gehabt. Diejenigen, die damals die Heilbarkeit der Kehlkopftuberculose bestritten haben, seien jetzt anderer Ansicht geworden, nur behaupten sie, nicht das Jodoform, sondern die Milchsäure sei im Stande, die Heilung zu vollbringen. Ohne die Erfolge der Anhänger der Milchsäuretherapie zu bezweifeln und ohne selbst das Bedenken auszusprechen, wie es komme, dass die Chirurgen und die Dermatologen die Milchsäure als antituberculöses Mittel aufgegeben haben, erklärt der Redner die günstige Wirkung der Milchsäure aus der Consequenz, mit der man jetzt das tuberculöse Geschwür behandelt und aus dem ganzen Bestreben, das septische Kehlkopfgeschwür in ein aseptisches zu verwandeln. Dazu reiche aber in vielen Fällen, namentlich bei oberflächlichen Geschwüren, die Anwendung adstringirender und mildätzender Mittel aus. Bei tieferen Geschwüren müsse man nach möglichster Zerstörung des krankhaften Gewebes mittelst Curette oder Galvanokaustik zu antiseptischen Mitteln greifen. Von den letzteren haben sich dem Redner Carbol und Jodoform am

besten bewährt. Die Hauptsache sei also stets, neben einer allgemein roborirenden Therapie eine antiseptische Behandlung des localen Processes. Der letzten Anforderung dürfte das geschilderte Verfahren in jeder Beziehung entsprechen.

Discussion:

H. Krause (Berlin) vertheidigt die Milchsäure gegen die Bemängelungen dieses Mittels durch den Vortragenden von Neuem und beruft sich dabei auf eigene und fremde Publicationen.

M. Schmidt (Frankfurt a. M.) tritt gleichfalls für die Milchsäure ein und protestirt gegen die missbräuchliche Anwendung dieses Mittels in starker Lösung (z. B. 70proc.) und zu häufiger Application. Auch bei Lupus im Halse sei die Milchsäure sehr wirksam. Perubalsam habe er früher, allerdings in einer anderen Form, als Schnitzler, ohne besonderen Erfolg angewandt.

Keimer (Düsseldorf) schliesst sich den obigen Ausführungen vollkommen an. Er habe vorzügliche Resultate mit der Milchsäure erzielt.

Nach dem Schluss der Discussion erklärt der Vortragende, dass er sich auf Grund von theoretischen Erwägungen und eigener Erfahrungen für die Milchsäurebehandlung nicht begeistern könne. Er werde auch fernerhin den antiseptischen Mitteln gegenüber den Aetzmitteln, zu denen auch die Milchsäure gehöre, den Vorzug geben. Seine weiteren Versuche gelten der Anwendung des Perubalsams in Verbindung mit Collodium.

4. Nykamp (Leiden): Versuche über die Wirkung der heissen Luft nach Weigert bei der Larynxtuberculose.

Der Vortragende theilt die Resultate von Versuchen mit, die er mit dem Weigert'schen Apparate zur Behandlung der Lungentuberculose mittelst heisser Luft zusammen mit seinem Schüler Huber Nood angestellt habe. Die ausführliche Beschreibung dieser Versuche, sowie alle Details sollen von Nood in seiner Doctor-Dissertation publicirt werden. Es wurden dabei deshalb Fälle von Larynxtuberculose gewählt, weil man annehmen konnte, dass, wenn die heisse Luft auf die tuberculösen Processe in der Lunge sterilisirend wirke, diese Wirkung um so mehr im tuberculös erkrankten Larynx eintreten müsse. Die Kranken wurden genau nach der Vorschrift Weigert's behandelt, wobei die Höhe der Temperatur der eingeathmeten Luft in der Mundhöhle und im Pharynx geprüft wurde. Zur Prüfung der Lufttemperatur im Larynx, in der Trachea und den Bronchien wurden Thierexperimente an jungen Hunden vorgenommen.

Die Resultate der Versuche lauten:

1. Die Luft, welche mittelst des Weigert'schen Apparates eingeathmet wird, scheint viel höher erhitzt zu sein, als es in der Wirklichkeit der Fall ist, da die Temperatur der kupfernen Röhre, in welcher der Thermometer, der die Höhe der Luftwärme angeben soll, steckt, den Stand des Thermometers erhöht.
2. Wenn auch die Temperatur der eingeathmeten Luft sehr hoch, ja sogar mehrere Grade höher ist, als die Temperatur, in welcher die Tuberkelbacillen bestehen oder sich fortpflanzen können, so wird doch diese Luft

unterwegs in der Mund- und Rachenhöhle so viel abgekühlt, dass sie im Larynx und in den Bronchien nur etwas höher ist, als die Körpertemperatur oder derselben gleich kommt.

3. Die Ursache der Abkühlung liegt in der Verdampfung einer grossen Quantität Wasser, welches durch die heisse, trockene Luft den Geweben entzogen wird.

Demnach konnte auch bei der Behandlung der Larynxtuberculose mit dem Weigert'schen Apparate weder auf den localen Process, noch auf den allgemeinen Zustand der Patienten ein günstiger Einfluss beobachtet werden. Nur dieses wurde erreicht, dass während der Einathmung eine gewisse Lungengymnastik ausgeübt wurde, die aber auf eine einfachere und sicher billigere Weise vorgenommen werden kann.

Discussion:

Rieth (St. Blasien-San Remo) erwähnt, dass der ärztliche Verein deutscher Aerzte in San Remo sich der Weigert'schen Reklame gegenüber ablehnend verhielt, nachdem zwei Collegen, darunter der Redner selbst, an sich Experimente mit dem Weigert'schen Apparate angestellt und sich von der Unzulänglichkeit desselben überzeugt hatten.

Lazarus (Berlin) hebt hervor, dass er in einer Anfangs dieses Jahres publicirten Arbeit über neue Inhalationsmethoden den Weigert'schen Apparat, da ihm die Methode und die Person des Autors bekannt sei, absichtlich nicht erwähnt habe.

B. Fränkel (Berlin) nahm a priori an, dass die eingeathmete Luft aus dem Weigert'schen Apparate nicht hoch erhitzt sein kann, weil sonst das Eiweiss der Gewebe gerinnen müsste. Zur Einathmung heisser Luft habe er nach Art des Trockners des Zahnarztes Telschow eine gebogene Glasröhre angewandt, an deren unterem Ende im Inneren ein mittelst Electricität erglühender Platindraht angebracht sei. Die mit einem Gebläse durch diese Röhre getriebene Luft werde 70—80° C. warm und könne leicht in den Kehlkopf eingebracht werden. Günstige Resultate habe er aber damit nicht erzielt.

J. Schnitzler (Wien) erhielt von Weigert zwei Apparate für seine Poliklinik zu Versuchen zugeschickt. Obwohl er theoretisch von der Nutzlosigkeit der Apparate überzeugt war, so wurden doch Versuche angestellt. Dieselben fielen aber, wie zu erwarten war, negativ aus.

Rosenfeld (Stuttgart) hat gleichfalls den Weigert'schen Apparat in Anwendung gezogen, aber damit keine anderen Vortheile erzielt, als nur den, dass die Patienten tief zu athmen gezwungen waren.

5. Betz (Mainz): Zur Tracheotomie bei der Larynxtuberculose mit pathologisch-anatomischer Demonstration.

Der Vortragende bespricht die günstigen Resultate der Tracheotomie bei tuberculösen Kehlkopfstenosen und geht dann näher auf die Frage ein, ob und wann bei hochgradiger Destruction des Kehlkopfes durch tuberculöse Processe die Exstirpatio laryngis zulässig sei. Er giebt eine bejahende Antwort für diejenigen Fälle, in welchen die Lunge gar nicht oder nur wenig erkrankt ist. Hierbei be-

ruft er sich auf einen Fall eigener Beobachtung, in welchem die zur rechten Zeit ausgeführte Exstirpation des Kehlkopfes zu einer Heilung hätte führen können. Der Fall betraf eine 35 Jahre alte Frau, welche 3 Jahre lang an einer beginnenden Pneumo-Laryngophthise litt und dann während der Gravidität bei geringen Veränderungen der Lungen eine so starke tuberculöse Kehlkopfstenose bekam, dass sie tracheotomirt werden musste. Nach der Niederkunft schritt der destructive Process im Kehlkopfe (Infiltration, Oedeme, Perichondritis) fort. Bei dem noch günstigen Ernährungszustande der Patientin war damals noch der richtige Zeitpunkt, die Exstirpation vorzunehmen. Im weiteren Verlauf nahm der Kräftezustand immer mehr ab. Die Patientin erkrankte noch an einer Aspirationspneumonie und ging 19 Monate nach der Tracheotomie in Folge einer copiösen Blutung aus der Art. laryngea sup. zu Grunde. Die Section ergab ausser einer gangränescirenden Pneumonie rechts geringe Induration beider Lungenspitzen und vereinzelte ältere und spärliche, frische Tuberkelablagerungen. Der Kehlkopf zeigte die hochgradigsten necrotischen Destructionen. (Demonstration des Präparates.)

### III. Sitzung am 19. September, $^1/_2$3 Uhr Nachmittags.

Vorsitzender: B. Fränkel (Berlin).

1. Thost (Hamburg): Ueber Papillome in den oberen Luftwegen.

Die letzten Ursachen der Entstehung von Neubildungen in den oberen Luftwegen sind uns zwar unbekannt, doch ist uns eine Menge von Bedingungen bekannt, welche diese Entstehung fördern. Der Vortragende weist hierbei auf den Reiz des bei Catarrhen secernirten und eingetrockneten Schleimes, auf die mechanischen Reize und auf die Traumen hin. Neben diesen „oberflächlichen" Reizen giebt es aber auch Reize, die unter der Schleimhaut liegen und die letztere zu diffusen und circumscripten Wucherungen anregen. Hierher gehören submucöse Tumoren und entzündliche Infiltrationen. Diese Ursache wird zu wenig betont. Auch in der Schleimhaut selbst können sich Reize abspielen, die denselben Effect haben und die während des physiologischen Wachsthums und der physiologischen Rückbildung in der Schleimhaut auftreten. Beide Vorgänge sind in der Schleimhaut des Kehlkopfes zur Zeit der Pubertät und der Umwandlung des Knorpels in Knochen besonders lebhaft. Daher die Häufigkeit der Kehlkopftumoren (Papillome und Epitheliome) zu diesen Zeiten. — Unter gutartigen Papillomen versteht Vorragender die circumscripten, hauptsächlich aus Epithelzapfen bestehenden Wucherungen der Schleimhaut, wie sie vorwiegend im Kindesalter im Kehlkopfe, später in der Nase und am weichen Gaumen beobachtet werden und trennt davon die mehr harten, warzenförmigen, auch circumscripten Epithelwucherungen, wie sie im Kehlkopfe, seltener auch in der Nase vorkommen und die, wie behauptet wird, in bösartige Tumoren übergehen können.

Die gutartigen Papillome entwickeln sich mit Vorliebe an den Uebergangsstellen des Flimmerepithels in Plattenepithel (Lippen, Naseneingang). Tiefer in der Nase sind eigentliche Papillome selten. Das, was Hopmann als Papillome

beschreibt, gehört mehr zu den Fibromen und Adenomen. Im Rachen finden sich die Papillome öfter über den adenoiden Wucherungen, am Rande des weichen Gaumens und an den Tonsillen (Demonstration von Präparaten). Im Kehlkopfe giebt es ausser den multiplen weichen Papillomen (im Kindesalter) auch härtere gutartige Papillome: an den Stimmbändern und aryepigl. Falten. Die letzteren treten besonders bei älteren Individuen, namentlich Männern auf, recidiviren leicht und können, wie Einige behaupten, in bösartige Geschwülste übergehen. Der Vortragende glaubt nicht an diesen Uebergang. Bei allen pathologischen Processen im Larynx vom einfachen Catarrh bis zu den bösartigsten Carcinomen können sich nämlich in der Schleimhaut Wucherungen entwickeln, die sich wenig oder gar nicht von den Papillomen unterscheiden und die nur der Ausdruck einer besonderen Reizbarkeit der Kehlkopfschleimhaut und einer Neigung zu Wucherungen darstellen. Der Vortragende erinnert hierbei an die Pachydermie der Plica interarytaenoidea, an die Wucherungen bei der Syphilis und Tuberculose, bei Lupus, Lepra und bei Geschwülsten, die unter der Schleimhaut liegen (Fibrome). Auch bei Carcinomen findet derselbe Vorgang statt (unter anderen der Fall Franzos von Stoerk). Der Uebergang gutartiger Tumoren in bösartige beruht demnach auf einem diagnostischen Irrthum, indem die circumscripten Wucherungen in der Umgebung bereits bestehender maligner Geschwülste zur Diagnose verwerthet werden.

2. A. Haupt (Bad Soden) beleuchtet und beantwortet die Frage: „Wann und in welchem Umfange die locale Behandlung von Nasen- und Halskrankheiten in Badeorten indicirt ist?“ Er gelangt dabei zu folgenden Schlussfolgerungen: Nach den gegenwärtigen Anschauungen über die Therapie der chronischen Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten hat eine rationelle örtliche Behandlung die meisten Aussichten auf nachhaltigen Erfolg. In den Fällen, in welchen auch die Balneotherapie zu Rathe gezogen werden soll, ist es praktisch, die locale Behandlung zu Hause anzuwenden und erst dann den Patienten in's Bad zu schicken. Der Badearzt soll die Patienten während ihrer relativ kurzen Badecur mit localer Behandlung verschonen. Diagnosticirt der Badearzt in solchen Fällen operationsreife Anomalien, so überlässt er am besten das Weitere dem Haus- resp. dem Specialarzt der Heimath und beschränkt sich nur auf die Anwendung von Kurmitteln zur Vorbereitung der späteren Radicalkur.

In der Discussion hält Goltz (Bad Ems) in Fällen, in welchen der Badearzt einen operativen Eingriff vorzunehmen hat, die vorherige Verständigung mit dem Hausarzte für nothwendig.

Scherpf (Bad Kissingen) statuirt den Unterschied zwischen Patienten, die von einem Arzte oder Specialisten in's Bad geschickt werden, und Patienten, die von selbst kommen. Bei den ersteren entscheidet die Frage über die locale Behandlung im Badeorte der betreffende Arzt oder Specialist, bei den letzteren die Patienten selbst, nachdem man ihnen die ausschlaggebenden Verhältnisse geschildert hat.

3. Ziegelmeyer (Bad Langenbrücken): Ueber die Erfolge im

Schwefelbade Langenbrücken bei der Behandlung der Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkrankheiten.

Der Vortragende weist darauf hin, dass das Langenbrückener Schwefelwasser seinen alten Ruf eines wichtigen therapeutischen Mittels bei chronischen Catarrhen der oberen Luftwege bis auf unsere Tage bewahrt habe. 90 pCt. aller in Langenbrücken behandelten Patienten leiden an diesen Erkrankungen. Die oft glänzenden Erfolge führt der Redner mit Schulz in erster Reihe auf die „intramoleculare" Unterhaltung des Sauerstoffumsatzes in den Zellen durch den $H_2S$ zurück, wobei der Stoffwechsel mächtig und günstig beeinflusst und die Lebensenergie aufgeweckt wird. Die Specialbehandlung der localen Affectionen führt alsdann zu den besten Resultaten.

4. M. Schmidt (Frankfurt a. M.): Ueber die Schlitzung der Mandeln und deren Indicationen.

Das Verfahren, von Dr. von Hoffmann (Baden-Baden) zuerst angegeben, besteht in dem Aufreissen der Lacunen der Mandeln mittelst eines Schielhäkchens. Die Lacunen werden hierdurch in offene Rinnen verwandelt, welche bei jedem Schluckact gereinigt werden. Hierdurch werden oft zahlreiche im Verborgenen abgelagerte Secretpfröpfe beseitigt, welche einen chronischen Reiz auf das Tonsillargewebe ausüben, das Eindringen von Infectionsträgern erleichtern und häufig die Ursache von nervösen Störungen im Halse (Hyperästhesien, Parästhesien), selbst von Neuralgien des Trigeminus bilden.

5. v. Hoffmann (Baden-Baden) spricht über dasselbe Thema, indem er hervorhebt, dass man keine Löcher und Taschen in den Mandeln lassen, sondern überall mittelst des Schielhakens glatte Oberflächen herstellen solle. Die bei der Schlitzung oft entstehenden Falten oder klappenförmigen Vorsprünge der Mandeln müssen mit der Scheere abgetragen werden. Nach der Operation empfiehlt der Redner, die Nischen mit Jodglycerin zu bepinseln oder mit 10proc. Carbollösung oder anderer antiseptischer Lösung zu desinficiren.

In der Discussion bestätigen Rosenfeld (Stuttgart) und B. Fraenkel (Berlin) die günstigen Erfolge des beschriebenen Verfahrens.

6. Michelson (Königsberg i. P.): Beobachtungen auf dem Gebiete der Tuberculose der Nasen- und Mundrachenhöhle.

Es wird fast allgemein angenommen, dass die tuberculöse Infection durch das Eindringen der Tuberkelbacillen mit der Athmungsluft zu Stande komme. Demgegenüber ist es auffallend, dass gerade die obersten Luftwege — die Nasen- und Mundrachenhöhle — nur selten tuberculöse Affectionen zeigen. Die Ursache davon kann nur darin liegen, dass entweder das Einwandern der Bacillen in die betreffenden Schleimhäute durch besondere Verhältnisse erschwert wird oder dass die locale Infection mit zu wenig markanten Symptomen verläuft. Bemerkenswerth ist immerhin die Thatsache, dass, seitdem man die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gerichtet hat, die Zahl der Beobachtungen von Nasen- und Mundschleimhauttuberculose sich schnell vermehrt hat.

Der Vortragende beobachtete im Laufe des letzten Jahres 4 Fälle von

Nasen- und 5 Fälle von Mundschleimhauttuberculose, darunter einen Fall, in welchem die Affection in der Nase und im Munde gleichzeitig nachzuweisen war. Die 4 übrigen Fälle von Mundschleimhauttuberculose waren, wie dies gewöhnlich der Fall ist, mit Larynxtuberculose complicirt. Die Beschreibung der Fälle wird durch die vorgelegten Abbildungen und mikroskopischen Präparate näher erklärt. Obwohl der Redner die Ueberzeugung gewonnen hat, dass die Tuberculose der Nasen- und Mundschleimhaut oft früher, als an andern Organen festgestellt werden kann, so warnt er doch unter Hinweis auf einen seiner Fälle davor, jede derartige Beobachtung ohne Weiteres als eine primäre Erkrankung aufzufassen.

IV. Sitzung den 20. September, Nachmittags 1 Uhr.

Vorsitzender: J. Schnitzler (Wien).

1. M. Bresgen (Frankfurt a. M.): Ueber die Bedeutung behinderter Nasenathmung, insbesondere bei Schulkindern.[1])

Die behinderte Nasenathmung, deren Ursachen nicht nur in den verschiedenen Erkrankungen der Nase, sondern auch des Rachens, beonders des Nasenrachenraumes liegen, hemmt die Entwickelung des kindlichen Organismus und zwar sowohl des Körpers als auch des Geistes. Der Redner geht in seinem Vortrage auf die Schädigungen des letzteren näher ein, indem er in dieser Richtung fremde und eigene Bobachtungen zusammenstellt. So sind als Folgen der Nasenverstopfung bei Kindern constatirt worden: das Unvermögen, andauernd geistig zu arbeiten, die Abnahme des Gedächtnisses, die Unfähigkeit, die Gedanken an einem bestimmten Gegenstande festzuhalten, das mürrische Wesen, die Trübsinnigkeit, die geistige Niedergeschlagenheit. Die Kinder, die diese krankhaften Erscheinungen zeigen, erscheinen, wenn frühzeitig Hilfe gebracht wird, wie mit einem Zauberschlage verwandelt und holen, wenn ihre Fähigkeiten sonst gesunde sind, das Versäumte rasch nach. Der Vortragende wünscht deshalb, dass alle schwach befähigt erscheinenden Kinder vor der Einreihung in besondere Schulklassen in amtlichem Auftrage durch einen erfahrenen und gewissenhaften Specialarzt in erster Linie bezüglich ihrer Nase, ihror Ohren und ihres Halses untersucht werden. Ueber andere Folgeerscheinungen der verstopften Nasenwege, wie Nieskrampf, Asthma, halbseitigen Gesichtsschmerz, Augenbeschwerden verschiedener Art, Nasenbluten, Fallsucht, Bettnässen, nächtliches Aufschreien, Hustenreiz, Stimmritzenkrampf, Herzklopfen, Stimmstörungen geht der Redner, als zu weitführend, kurz hinweg. Etwas eingehender bespricht er schliesslich noch die in Folge von Nasenverstopfung auftretende Schiefstellung der Zähne und Vertiefung des harten Gaumens.

Bei der Discussion dankt Obertüschen (Crefeld) dem Vortragenden für die Anregung bezüglich der Untersuchung geistig minder veranlagter Kinder auf den Zustand der Nasenathmung und verspricht, diese Untersuchung

---

[1]) Bereits in der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, II. Jahrg., No. 10, veröffentlicht.

in am Niederrhein (Crefeld, Gladbach, Köln) bestehenden Schulen herbeiführen zu wollen.

Scherpf (Bad Kissingen) bestätigt die Ausführungen des Redners, indem er seine eigene Krankengeschichte ausführlich mittheilt. Er litt seit der frühesten Jugend an Asthma und an einer zeitweisen, unerklärlichen Schwerfälligkeit des Denkens. Durch die Voltolini'sche Arbeit über den Zusammenhang des Asthma mit Nasenpolypen aufmerksam gemacht, liess er sich die Nase untersuchen, wobei eine Leistenbildung des Septum und Hypertrophien der unteren Muschel constatirt wurden. Nach der Beseitigung dieser Anomalien stellte sich eine bedeutende Zunahme der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit ein. Das Asthma verschwand fast vollständig.

2. H. Krause (Berlin): Zur Therapie des Empyema antri Highmori.

K. empfiehlt auf Grund der gleichnamigen, auf seine Anregung in der Berl. kl. Wochenschr. 1889, No. 37 erschienenen Arbeit seines Assistenten Dr. Friedlaender das dort angegebene Verfahren mittelst Jodoform-Jodoleinblasungen und demonstrirt die von ihm zur Anwendung gebrachten Instrumente.

Discussion:

Bresgen (Frankfurt a. M.) begrüsst die Krause'sche Trockenbehandlung der Eiterung der Oberkieferhöhle mit grosser Freude, da auch er gefunden zu haben glaubt, dass fortgesetzte Ausspritzungen als Reiz wirkten und nur nach langer Zeit einen Erfolg herbeiführten. Er hebt dabei hervor, dass es nöthig sei, die stets vorhandenen Schwellungen der Nasenschleimhaut zu beseitigen, da einerseits die natürliche Oeffnung des Antrum frei gemacht, andererseits der operative Eingriff, wenn die Eiterung nicht von der Nebenhöhle stamme, vermieden werden könne. Die Anwendung des Krause'schen Trocarts sei leicht, nur sei bei grösserem Knochenwiderstand die anzuwendende Kraft zu beherrschen, damit das Instrument nicht plötzlich durch die Knochenwand durchfahre. Es empfehle sich zu diesem Zwecke, den Oberarm der operirenden Hand fest an den Oberkörper anzudrücken.

3. P. Heymann (Berlin): Zur Jodbehandlung der Struma.

Der Vortragende berichtet über einen Fall von Struma, der nach einer Jodinjection tödtlich endete. Eine 35 Jahre alte Patientin bekam seit 4 Monaten wöchentlich 2 Injectionen von Jodtinctur in ihren Kropf, der sich allmälig auf $^1/_3$ der ursprünglichen Grösse verkleinerte. Nach einer erneuten Injection klagte Patientin über heftige Schmerzen, konnte aber noch nach ihrer etwa $^1/_2$ Stunde entfernten Wohnung zu Fuss gehen. Sie hatte das Gefühl, als wenn die linke Seite des Gesichtes dick und die rechtsseitigen Extremitäten taub wären. Sie legte sich ins Bett und hatte mehrmaliges Erbrechen. Bald darauf Bewusstlosigkeit, Krämpfe, Lähmung des rechten Armes und Beines, Oedem der linken Seite des Gesichtes und Halses. In der Tiefe des letzteren fühlte der palpirende Finger wurmförmige Stränge. Die Untersuchung des Rachens unmöglich, die Zunge nach links hinübergezogen, das Schlucken mühsam. Nach 2 Tagen,

während deren die Krämpfe der gesammten Körpermusculatur sich öfter wiederholten und die Bewusstlosigkeit mit der Lähmung anhielt, erfolgte der Exitus let. unter den Erscheinungen von Herzlähmung. Die Section wurde nicht gestattet.

H. ist der Ansicht, dass es sich hier um eine Hirnsinusthrombose gehandelt habe, die als Folge der durch die Jodinjection hervorgerufenen Thrombose der Halsvenen entstanden sei. In der Literatur seien nur 2 ähnliche Fälle (von Lücke und Schwalbe) bekannt. Die vielen anderen Injectionsmittel bei Struma (Alcohol, Ferr. sesqu., Sol.Fowleri, Ueberosmiumsäure, Ergotin u. a.) seien nicht weniger gefährlich, aber bei Weitem weniger wirksam, als die Jodtinctur. Angesichts der seltenen Unglücksfälle bei parenchymatöser Injection bei der Strumabehandlung (in der Literatur im Ganzen 16 Fälle von Tod) glaubt H., dass keine Veranlassung vorliegt, die an sich segensreiche Therapie aufzugeben.

Discussion:

Heller (Nürnberg) hat seit 1868 sehr viele Einzelinjectionen bei Struma gemacht, aber nie unangenehme Folgeerscheinungen beobachtet. Das Anstechen der Venen vermeidet er am besten dadurch, dass er die Geschwulst mit 2 Fingern gegen die Oberfläche drängt. Behufs Verhinderung des Lufteintritts in die Vene, füllt er vorher die Canüle mit Wasser oder einer antiseptischen Flüssigkeit. Was die Anwendung und Wirkung von Jod anlangt, so macht er darauf aufmerksam, dass nur ganz kleine Quantitäten dieses Mittels nöthig und besonders im Anfang der Kur wegen der verschiedenen, individuellen Empfindlichkeit gegen Jod indicirt seien. Die Wirksamkeit sei namentlich vom Alter der Kranken abhängig. Bei weiblichen Patienten, die bereits über das climakterische Alter hinaus seien, sowie bei Männern im entsprechenden Alter sei der Erfolg stets problematisch. Je jünger das Individuum, desto sicherer das günstige Resultat dieser an sich harmlosen und doch so vortrefflichen Heilmethode.

Killian (Freiburg i. B) hat eine grosse Anzahl von Kropfoperationen mit vorzüglichem Erfolge gesehen. Bei den meisten handelte es sich um partielle Exstirpationen. Ausser bei malignen Strumen kam kein Todesfall vor. Die Operation kann in der Hand eines geübten Chirurgen als gefahrlos bezeichnet werden.

Kurz (Florenz) fragt, ob die Collegen Erfahrungen über Injectionen von Ergotin in die Strumen haben und berichtet über einen durch solche Injectionen geheilten Fall.

Vohsen (Frankfurt a. M.) glaubt, dass hier verschiedene Mittel zu gleichem Ziele führen können. Das Wesentliche sei der Reiz auf das Gewebe, die Entzündung und Schrumpfung desselben. Durch einen Irrthum injicirte V. einmal statt der beabsichtigten Jodlösung 3 Theilstriche einer Lösung von Kali hypermang. 1 : 50. Der nachfolgende starke Schmerz verschwand bald und zeigte sich nach einigen Tagen eine günstige Wirkung. Durch Fortsetzung der Injectionen von Kali hypermang. wurde schliesslich derselbe gute Effect, wie mit Jod erreicht.

Im Schlusswort bemerkt der Vortragende, dass er in 2 Fällen Ergotin

erfolglos angewandt und dieses Mittel wieder verlassen habe. An die Erfahrung Vohsen's anknüpfend, theilt er noch mit, dass er einmal von seiner Wärterin zur Injection eine mit concentrirter Chromsäurelösung gefüllte Spritze erhalten und dieses Mittel injicirt habe. Der Schmerz sei sehr heftig und die Reaction sehr intensiv gewesen. Trotz der recht guten Wirkung habe er aber der Schmerz-haftigkeit wegen keine weiteren Versuche mit diesem Mittel gemacht.

4. Goldschmidt (Reichenhall): Beitrag zur Operation der Nasenpolypen.

Der Redner macht auf die häufigen Verletzungen aufmerksam, die an den Knorpeln und Knochen der Nase bei der einfachen Operation von Nasenpolypen mit der kalten Drahtschlinge verübt werden. Diese Verletzungen seien meist klein und ohne Bedeutung, könnten aber unter Umständen grösser werden, als einem lieb sei und, wie es der Vortragende erlebt hat, zu heftigen Blutungen Veranlassung geben. Ohne ein Gegner der kalten Schlinge zu sein, wünscht der Redner, dass in dieser Beziehung die vorhandene Lücke des Instrumentenschatzes ausgefüllt werden möge, dass man speciell ein Material finde, welches in der Form eines Drahtes neben der Biegsamkeit die nöthige Härte besitze, um das Reissen zu vermeiden und das Durchschneiden zu erleichtern.

In der Discussion hebt B. Fraenkel (Berlin) hervor, dass die Anwendung der kalten Schlinge, sowohl als eines schneidenden, wie auch als eines reissenden Instrumentes nach bestimmten Indicationen erfolgen müsse. Ausserdem kämen jetzt noch andere Instrumente (heisse Schlinge, schneidende Zange) in Betracht. Immer aber müsse die operirende Hand vom Auge geleitet werden.

## V. Sitzung den 21. September, 9 Uhr Vormittags.

Vorsitzender: Gottstein (Breslau) verliest vor Eintritt in die Tagesordnung das Dankschreiben der Familie Voltolini's für das überschickte Beileidstelegramm.

1. B. Fränkel (Berlin): Demonstration von Präparaten des normalen Stimmbandes.

An Abbildungen von Schnitten durch das Taschen- und Stimmband erläutert der Vortragende die am Stimmbandrande und unterhalb desselben vorkommenden Leisten und Drüsen. Ausserdem zeigt er die Abbildungen von Schnitten durch die Sängerknoten, in denen drüsige Gebilde sichtbar sind. Fränkel hält die Sängerknoten für Affectionen der Drüsenausführungsgänge.

2. P. Heymann (Berlin): Die Anordnung der Drüsen am Stimmbande.

P. Heymann nahm seine Untersuchungen gleichzeitig mit B. Fränkel, aber unabhängig von demselben vor. Es hat sich aus einer grossen Reihe von Einzeluntersuchungen Folgendes herausgestellt:

Alle in der Stimmbandregion nachgewiesenen Drüsen sind traubenförmig und besitzen mehr oder weniger lange, mit Cylinderepithel ausgekleidete Aus-

führungsgänge. Die Drüsen des falschen Stimmbandes beginnen dicht am Aryknorpel mit einer lang gestreckten Drüsengruppe, deren Ausführungsgänge oberhalb und unterhalb des Taschenbandrandes münden. Gegen die Mitte der Oberfläche werden sie weniger tief und spärlicher, um sich am vorderen Ende des falschen Stimmbandes ganz zu verlieren. Dagegen bilden sie auf der unteren Fläche, d. h. an der oberen Bedachung der Morgagni'schen Tasche nach vorn zu eine continuirlich zusammenhängende Schicht von Drüsen, die von der Mitte ab allmälig etwas kleiner werden und weniger tief eindringen. Die seitliche Wand des Sin. Morg. birgt einen Drüsenzug, der gewöhnlich zusammenhängend nach vorn an Massenhaftigkeit zunimmt.

Am wahren Stimmbande zieht sich seitlich von den mit Platten- und Uebergangsepithel bedeckten Partieen ein nicht ganz typischer und nicht stark ausgebildeter Drüsenzug, der, vom Proc. voc. beginnend, nach der Mitte zu stärker wird und nach vorn zu allmälig abnimmt, während unterhalb des Stimmbandes eine gleichmässig starke, aus 3—5 Reihen bestehende Drüsengruppe angetroffen wird. Die Ausführungsgänge der letzteren sind schräg gegen den hinteren Rand des Stimmbandes nach oben zu gerichtet, so dass sich das von hier stammende Secret an den freien Rand des Stimmbandes ergiessen kann.

Discussion:

Krause (Berlin) glaubt nach den Präparaten des Vortragenden annehmen zu dürfen, dass die oberen Drüsen im Sin. Morgagni liegen. Der M. thyreoarytaenoideus könne nicht als Grenze des Sinus Morg. betrachtet werden, da nach Luschka und Jacobsohn (Petersburg) die aus diesem Muskel ausstrahlenden Fasern sich in das Taschenband verlieren.

Gottstein (Breslau) erinnert daran, dass Jacobsohn nur von den Muskelfasern des M. thyreoaryt., die senkrecht gegen den freien Rand des Stimmbandes gerichtet sind, spricht.

M. Schmidt (Frankfurt a. M.) glaubt, dass nicht die ganze, horizontale Fläche zum Stimmbande gehöre, da der Boden des Ventrikels gleichfalls horizontal liege.

P. Heymann (Berlin) bemerkt im Schlusswort, dass alle Differenzen über den Begriff des Stimmbandes nur Wortstreitigkeiten seien. Eine bestimmte Grenze für diesen Begriff bestehe nicht. Er habe aus Rücksichten auf die Verständigung in seinen Auseinandersetzungen die ganze horizontale Oberfläche zum Stimmbande gerechnet.

3. H. Krause (Berlin): Einiges über die centrale und peripherische Innervation des Kehlkopfes.

Krause berichtet zunächst über eine vor 1 Jahr von François Frank unter dem Titel: „Einfluss der Gehirnreizungen auf die hauptsächlichsten Functionen" veröffentlichte Arbeit, in welcher der Verfasser ein corticales Centrum für den Kehlkopf nicht zugiebt. Der Vortragende hat in dieser Richtung an 3 Hunden weitere Untersuchungen angestellt und dabei eine prompte Wirkung von Gyrus praefrontalis auf Kehlkopf, Velum palat., Rachendach und Zungengrund nachgewiesen. Reizte man mit schwächeren Strömen die Gegend des

Vorder- oder Hinterbeines oder des Nackens, so trat keinerlei Einfluss auf die Glottismusculatur oder die Athmung auf, dagegen erzeugten stärkere Ströme, denen allgemeine klonische Zuckungen der gegenüberliegenden Körperhälfte folgten, einen krampfhaften Schluss der Glottis. Bei einem Thiere, bei dem die starken Ströme keine allgemeinen klonischen Krämpfe hervorriefen, erfolgte auf Reizung der Stellen in der Umgebung des Gyrus praefrontalis, ein Schliessungsaffect der Glottis, an anderen Stellen (Gegend des Hinter- und Vorderbeines) keine Wirkung. Der Vortragende weist deshalb den Einwurf Frank's als unberechtigt zurück.

Bezüglich der peripherischen Innervation des Kehlkopfes erwähnt der Vortragende eine in letzter Zeit unbeachtete Arbeit Burkart's (1868), in welcher der Nachweis der schon von Pflüger ausgesprochenen Ansicht, dass der Recurrens centripetale Fasern enthalte, erbracht ist. Burkart reizte nämlich den centralen Stumpf eines durchgeschnittenen Recurrens und fand dabei Veränderungen des Athmungstypus. Das Zwerchfell stand 3—8 Secunden lang in Exspirationsstellung (Erschlaffung) still, worauf meist kurze, rasche Contractionen des Zwerchfells folgten. Auf Grund der von Burkart festgestellten Thatsache nahm der Vortragende Untersuchungen vor, um zu sehen, ob die centripetale Reizung des Recurrens sich auch auf die Musculatur des gegenüberliegenden Stimmbandes übertrage. Von 9 Versuchen fielen 3 negativ aus, was wohl auf den schon von Burkart hervorgehobenen unregelmässigen Verlauf der Nervenäste für Luft- und Speiseröhre zurückzuführen sein dürfte. Zu den Versuchen dienten 2 Kaninchen, 3 Katzen und 4 Hunde. In 6 Fällen zeigten sich ziemlich die gleichen Erscheinungen. Bei schwacher oder mittelstarker Reizung erfolgte gleichzeitig mit der Exspirationsstellung auf der Seite, auf welcher der Recurrens intact blieb, eine Medianstellung oder selbst Annäherung des Stimmbandes an das in der Cadaverstellung befindliche andere Stimmband. Hierdurch erklärt sich leichter die bisher unerklärliche Medianstellung beider Stimmbänder bei einseitiger Compression eines Recurrens. Auch ist es jetzt wahrscheinlicher geworden, dass als Ursache einer dauernden Medianstellung eines Stimmbandes nicht die isolirte Lähmung eines Muskels, sondern eine Erregung der centralen oder peripherischen Exspirationsorgane zu betrachten ist.

4. Vohsen (Frankfurt a. M.): Tumor (cylindroma osteoides) der Nasenhöhle mit Demonstration.

Der Redner stellt einen 17 Jahre alten Maurer vor, der an der obengenannten Geschwulst litt. Im 8. Lebensjahre entwickelte sich ein kleiner Tumor im inneren Winkel des linken Auges und wurde 1880 erfolglos in Wiesbaden operirt. 1886 Verstopfung der rechten Nasenhöhle. Im März 1889 trat Patient in die Behandlung des Vortragenden. Objectiv fand sich ein harter Tumor in der linken Gesichtshälfte. Derselbe erstreckte sich vom linken Nasenbeine bis zum äusseren Drittel des unteren Orbitalrandes und nach unten bis zur Fossa canina des Oberkiefers. Der Bulbus war nach vorn und aussen vorgedrängt, der Jochbogen vorgetrieben. Beide Nasenöffnungen waren von einem röthlichen Tumor ausgefüllt, das Septum ganz nach rechts verschoben. Im Nasenrachenraum ein

grosser, weicher, durchscheinender Polyp. Linke Seite des harten Gaumens nach unten vorgewölbt. Die Augenuntersuchung ergab negatives Resultat. Die klinische Diagnose lautete: Osteom des Siebbeines, complicirt mit einem Nasenrachenpolypen.

Bei der Operation mit dem Messer führte der in der Gegend des inneren Augenwinkels gemachte Schnitt zur Bloslegung einer 20 Ccm. seröse Flüssigkeit enthaltenden Knochencyste, deren Wände glatt, hart und mit einigen Buchten versehen waren. Nach hinten war das Gewebe weich, leicht blutend. Mittelst eines scharfen Löffels wurde das Siebbeinlabyrinth eröffnet und eine griesige Masse ausgekratzt. Wegen starker Blutung musste aber die Operation sistirt werden. Nach einigen Tagen wurde die Nase nach rechts aufgeklappt und die Tumormasse theils mit der galvanokaustischen Schlinge abgelöst, theils mit dem Finger ausgeschält. Starke Blutung aus der usurirten Keilbein- und Highmorshöhle. Während der entfernte Tumor aus einer griesigen Masse bestand, handelte es sich im Nasenrachenraum um einen gewöhnlichen Nasenrachenpolypen.

Die mikroskopische Untersuchung der Neubildung (Prof. Weigert) ergab die Diagnose einer Cylindroma osteoides (?), welches nach der Ansicht des Redners sich wahrscheinlich aus einer Zelle des Siebbeines entwickelte und in die äussere Wand der linken Nasenhöhle hineinwuchs. Die Knochencyste dürfte als eine ectasirte Bulla oder Siebbeinzelle anzusprechen sein.

Der Vortragende macht im Weiteren darauf aufmerksam, dass man bei dem Patienten durch den grossen Defect die Function des Gaumensegels bei der Phonation sehr gut beobachten kann. Man sieht wie durch ein Fenster in den Nasenrachenraum hinein. Sehr gut ist der mehrfach bestrittene Passavant'sche Querwulst sichtbar.

Zum Schluss wirft der Redner die Frage auf, ob man mittelst der Plastik oder mit dem Obturator den Defect zu schliessen hat.

Discussion:

Flothmann (Bad Ems) empfiehlt in diesem Falle die Plastik mit einem grossen Stirnlappen und die Deckung des letzteren durch einen Lappen aus dem Oberschenkel (nach Thiersch).

5. Seifert (Würzburg): Ueber Tuberculose der Nasenschleimhaut.

Die locale Tuberculose der Nasenschleimhaut gehört trotz der sich mehrenden Casuistik immer noch zu den selteneren Erkrankungen. Die Formen, in denen sie auftritt, kann man eintheilen in 3 Gruppen, nämlich: 1. tuberculöse Ulcera, 2. tuberculöse Tumoren, 3. tuberculöse Ulcera und Tumoren gleichzeitig. — Die Sichtung des in der Literatur angesammelten Materials nahm ein Schüler des Vortragenden vor.

Zu der 1. Gruppe gehören 16 Fälle, in denen 10 Mal das Ulcus am Septum, 1 Mal am Septum und Nasenflügel, 1 Mal am Septum und Nasenboden, 1 Mal am Septum und an der unteren Muschel, 1 Mal an beiden Flächen des Septum und an beiden unteren Muscheln, und 2 Mal ausschliesslich an der unteren Muschel sich entwickelte. In 2 Fällen war das Septum perforirt, in 1 Fall bestanden tuberculöse Ulcera des Pharynx, in 1 Fall Dacryocystoblennorrhoe, und

in 1 Fall auch die Affection der Conjunctiva. In 9 Fällen zeigten sich andere schwere tuberculöse Processe (Lungen, Lymphdrüsen, Meningen). In 7 Fällen waren alle anderen Organe intact. Die Zahl der letzteren Fälle beweist, dass die primäre Tuberculose der Nase häufiger vorkommt, als die des Larynx.

Bezüglich der Differentialdiagnose dieser Ulcera hat Hajek das Wichtigste angegeben. Der Vortragende weist hier nur auf das von Michelson hervorgehobene Merkmal hin, dass nämlich die tuberculösen Ulcerationen der Nasenschleimhaut von runder oder unregelmässiger Form, die syphilitischen Septumgeschwüre dagegen longitudinale Furchen seien. Ferner seien die von Rossbach beschriebenen Ulcera rotunda septi von den tuberculösen zu trennen. In therapeutischer Hinsicht rühmt der Redner die Milchsäure und das Sozo-Jodol-Quecksilber. Perubalsam haben den Erwartungen nicht entsprochen.

Zu der 2. Gruppe: der tuberculösen Tumoren, gehören 11 Fälle. Der Sitz der Tumoren war 3 Mal eine Fläche des Septum, 2 Mal beide Flächen, 1 Mal Septum und die untere Muschel, 1 Mal Septum und der Nasenboden, 1 Mal beide untere Muscheln, 1 Mal Boden der Nasenhöhle, 1 Mal Boden der Nasenhöhle und die untere Muschel. In 1 Falle fehlt die Angabe des Sitzes. Perforation des Septums wurde in 2 Fällen constatirt. In 6 Fällen waren auch andere Organe tuberculös erkrankt (Lymphdrüsen, Pharynx, Lungen), in den übrigen Fällen fehlte der Nachweis anderweitiger Tuberculose. Was die Diagnose anlangt, so zeigen die Tumoren nichts Charakteristisches. Die bakteriologische und mikroskopische Untersuchung ist unentbehrlich.

Die 3. Gruppe endlich, in welcher es sich um Tumoren und Ulcera handelte, umfasst gleichfalls 11 Fälle, in denen sich die Veränderungen am Septum, an den unteren Muscheln und am Boden der Nasenhöhle vorgefunden haben. In 2 Fällen war neben einem Ulcus des Septum ein tuberculöser Tumor in der Choane. 2 Mal bestand eine Perforation des Septum, 2 Mal Dacryocystoblennorrhoe und 1 Mal Ulceration der Oberlippe. In 4 Fällen waren auch andere Organe tuberculös erkrankt, in 7 dagegen waren alle anderen Organe gesund.

Von den 38 Fällen, die allen 3 Gruppen angehören, waren die übrigen Organe des Körpers in 19 Fällen gesund und in 19 tuberculös afficirt.

In Bezug auf die Beziehungen des Lupus der Nasenschleimhaut zur Tuberculose derselben, ist der Vortragende der Ansicht, dass ein Lupus der Nasenschleimhaut sowohl primär als secundär vorkomme und schliesst sich der Anschauung Hajek's an, dass wenn in Fällen von Tuberculose der Nase nachträglich Lupusknötchen auf der äusseren Haut auftreten, es sich um die Manifestation des gleichen Virus in verschiedener Form auf der Schleimhaut und der Haut handle.

Discussion:

Michelson (Königsberg) dankt dem Vortragenden für die Erwähnung des von ihm erkannten differentiell-diagnostischen Merkmales bei tuberculösen und syphilitischen Ulcerationen der Nasenschleimhaut und fügt ein weiteres Moment hinzu, das darin besteht, dass bei der Syphilis häufig, bei der Tuberculose selten complicirende Affectionen der Mundschleimhaut vorkommen. Was die Auseinanderhaltung des Lupus und der Tuberculose der Nase anlangt, so ist er der

Ansicht, dass alle Fälle, in denen histologisch und bacteriologisch die für Tuberculose und Lupus in gleicher Weise charakteristischen Verhältnisse nachgewiesen werden können, ohne Weiteres zur Tuberculose zu rechnen seien. Der auf dermatologischem Gebiete fixirte Begriff des Lupus lasse sich nicht auf den Schleimhautlupus übertragen. Es sei oft schwer, ein bestimmtes Urtheil zu fällen, denn erst die Beobachtung des Verlaufes und der Nachweis von geringem Gehalt an Bacillen könne zur Diagnose des Lupus veranlassen. Die pathogenetische Identität des Lupus und der Tuberculose sei übrigens durch R. Koch's und Anderer Experimente erwiesen.

Gottstein (Breslau) macht darauf aufmerksam, dass nach der Zusammenstellung der von ihm beobachteten Fälle die Nasentuberculose niemals das knöcherne Septum ergreife und dass somit die Perforationen des knöchernen Septum stets syphilitischer Natur seien.

B. Fraenkel (Berlin): Ein Unterschied zwischen dem Bacillus des Lupus und der Tuberculose sei zwar nicht gefunden worden, es sei aber rathsam, die Differenzen der beiden Processe nicht vollkommen fallen zu lassen. Die Verbreitung der Bacillen beim Lupus sei eine andere und auch der klinische Verlauf des Lupus unterscheide sich von dem der Tuberculose.

H. Krause (Berlin) betont nach seiner Erfahrung die Verschiedenheit der klinischen Bilder beim Lupus und bei der Tuberculose der Schleimhaut. Für die Diagnose des Lupus sei das Vorkommen von Knötchen neben Ulcerationen und gleichzeitiger Vernarbung nicht zu entbehren.

Jurasz (Heidelberg) glaubt, dass es Fälle giebt, in denen die Differentialdiagnose zwischen Lupus und Tuberculose der Schleimhaut sehr grosse Schwierigkeiten bietet, selbst wenn gleichzeitig die Affection der Schleimhaut für Lupus spricht. Er beruft sich dabei auf einen von ihm beobachteten Fall.

Michelson (Königsberg i. Pr.): Das Einsetzen lupöser Affection auf der Nasenschleimhaut mit deutlicher Knötchenbildung ist ein theoretisches Postulat, practisch aber nicht diagnosticirbar, da man nur vorgeschrittene Erkrankung zu Gesicht bekommt.

Im Schlusswort erklärt sich Seifert mit der Ansicht einverstanden, dass es in manchen Fällen ungemein schwierig, fast unmöglich ist, anders als aus dem Verlaufe und dem Gehalt an Bacillen die Diagnose auf Lupus oder Tuberculose zu stellen.

6. Reuter (Bad Ems): Zur Diagnose der Schleimhauthervorragungen am hinteren freien Rande der Nasenscheidewand.

R. berichtet über einige Beobachtungen von Verdickungen am hinteren freien Rande der Nasenscheidewand, die sich von den oft vorkommenden und von Voltolini und Anderen beschriebenen symmetrischen Leisten dadurch unterscheiden, dass sie assymetrisch selbst einseitig, unempfindlich und excessiv gross sind. Sie behindern nicht allein die Nasenathmung, sondern geben gelegentlich auch zur lästigen Secretion oder zu Blutungen Veranlassung.

Discussion:

Diederichs (Elberfeld) findet bei seinen Patienten die Verdickungen des

Septum in den Choanen sehr häufig. Sie sind zuweilen so gross, dass die Choanen fast ausgefüllt erscheinen.

M. Schmidt (Frankfurt a. M.) findet die beschriebenen Schwellungen gleichfalls häufig, glaubt aber, dass Schwellungen von der Grösse, wie sie Reuter gesehen hat, selten seien.

Der Vortragende erklärt im Schlusswort, dass er hier nur auf die seines Wissens selten vorkommenden assymetrischen Schwellungen aufmerksam machen wollte.

7. G. Killian (Freiburg i. B.): Eine allgemein anwendbare einfache Methode zur Untersuchung der hinteren Larynxwand und Trachea.

Diese Methode besteht darin, dass der Kopf des untersuchten Individuums vorgebeugt oder stark gesenkt, das Licht von unten nach oben gegen das Gaumensegel reflectirt und ein möglichst grosser Spiegel an das Velum palat. angelegt wird. Unter 89 Fällen konnte der Vortragende nach seiner Methode 77 Mal die hintere Larynxwand gänzlich übersehen. Ausserdem war von diesen Fällen in 57 die Bifurcation und in 67 Fällen die ganze Trachea sichtbar.

## VI. Sitzung, den 21. September, 3 Uhr Nachmittags.

Vorsitzender: M. Schmidt (Frankfurt a. M.).

1. Helbing (Nürnberg): Zur Behandlung der Pharyngitis phlegmonosa.

Zur Coupirung der Pharyngitis phlegmonosa empfiehlt der Vortragende sehr warm, die Einreibung von Ol. crotonis auf die entsprechenden Partien der Halshaut. 3—4 Tropfen des Oeles genügen in der Regel dazu. In 10 Fällen hat sich diese Behandlung ausgezeichnet bewährt. 2 Fälle davon werden ausführlich mitgetheilt.

Discussion:

M. Schmidt (Frankfurt a. M.) hält die Schlitzung der Mandeln für ein gutes Prophylacticum gegen diese Krankheit, das Verfahren von H. sei weiterer Versuche werth.

Seifert (Nürnberg) rühmt als Prophylacticum der Angina phlegmonosa zeitweise gründliche Reinigung und Pinselung der Lacunen der Tonsillen und der peritonsillären Räume mit Jodtinctur.

Michelson (Königsberg i. Pr.) empfiehlt gleichfalls das von Seifert gerühmte Mittel, das er in einem Falle von recidivirender, abscedirender Tonsillität mittelst intratonsillärer Injectionen mit bestem Erfolge angewandt hat.

2. M. Schmidt (Frankfurt a. M.): Vorzeigung eines abgeänderten Barth'schen Gaumenhakens und dessen Anwendungsweise.

Der Gaumenhaken hat eine glatte Führungsstange und trägt zwei mit Pelotten versehene Arme, welche sich in die Fossae caninae stützen. Nach der

Cocainisirung des Rachens wird das Instrument sehr gut 10—20 Minuten lang vertragen, so dass man im Cavum bequem operiren kann. Aehnliche Haken hat H. Krause angegeben.

Discussion:

Jurasz (Heidelberg) frägt, ob die Anwendung des Hakens bei kleinen Kindern möglich sei?

Schmidt bejaht dies.

Krause (Berlin) liess den Haken einmal bei einem 54 Jahre alten Lehrer $1^1/_2$ Stunde liegen, ohne dass Patient besondere Beschwerden empfand.

Heller (Nürnberg) bringt das alte, zum Zweck der Abziehung des Gaumensegels dienende Türck'sche Verfahren in Erinnerung, mit dem er immer noch zufrieden sei.

Jurasz (Heidelberg) warnt vor diesem Verfahren wegen der Einschnürung und des nachfolgenden Oedems der Uvula und weil man damit den Zweck nicht erreiche.

Heller (Nürnberg) sah nie höhere Grade von Oedemen der Uvula.

3. Gottstein (Breslau): Ueber die Durchleuchtung des Kehlkopfes.

Der Vortragende demonstrirt die von Voltolini empfohlene Durchleuchtung mittelst des electrischen Lichtes, erklärt aber, dass es ihm nie gelungen sei, auf diese Weise mehr zu sehen, als bei der gewöhnlichen Laryngoscopie, im Gegentheil fast immer weniger.

Seifert (Würzburg) ist der Ansicht, dass noch weitere Untersuchungen von verschiedenen Seiten vorgenommen werden müssten, ehe man die Durchleuchtung in so absprechender Weise verwirft, wie es von Schrötter geschehen ist.

Krause (Berlin) findet, dass das afficirte Antrum Highmori bei der Durchleuchtung stets dunkler erscheine, als das gesunde.

Gottstein (Breslau) hält seine Ansicht ausdrücklich nur in Bezug auf den Kehlkopf aufrecht.

4. Kahsnitz (Karlsruhe i. B.): Ueber Caries der Nase.

Auf Grund von 40 Fällen eigener Beobachtung entwirft der Redner das klinische Bild der Caries der Nase. Von den subjectiven Beschwerden betont er besonders ein intensives, nervöses Kopfweh und glaubt, dass einige Erscheinungen für die Localisation des Krankheitsprocesses von Werth seien. So soll bei Caries des Sin. front. der Stirnkopfschmerz und Druck im oberen Orbitalrand, bei Caries am Hiatus semilun. und im Sin. maxill. ein Ziehen nach dem Jochbogen ohne Schmerz, bei Caries der vorderen und mittleren Ethmoidalzellen der Stirn- und Scheitelschmerz mit einem Druck hinter dem Auge, ausstrahlend nach der Schläfe zu, und endlich bei Caries der hinteren Ethmoidalzellen und des Sin. sphenoidal. der Schmerz im Scheitel und Hinterhaupt nach den Ohren bezw. nach dem Rücken zu charakteristisch sein. Eiteransammlung sei dabei am häufigsten am Sin. max. Die Augenuntersuchungen fielen negativ aus. Unter 40 Fällen bestand 10mal ein Ohrenleiden, 3mal Empyem der Bursa pharyngea. Zur Sicherung der

Diagnose sei eine sorgfältige rhinoskopische Untersuchung, sowie eine Untersuchung mit der Sonde nothwendig. Zu den 40 Fällen wurde kein Fall von luetischer Caries hinzugerechnet. In 1 Fall wurde eine Schussverletzung als Ursache constatirt, in den übrigen 39 Fällen musste die Scrophulose oder Anämie als aetiologisches Moment angesehen werden. Niemals war die Caries die Folge von Ozaena. Therapeutisch wurde zunächst auf die Ernährung des Kranken und dann auf die locale Behandlung mittelst Instrumenten das Hauptgewicht gelegt, die sich der Vortragende construirt hat und die er vorzeigt. Die Resultate der Behandlung waren folgende: Von den 40 Kranken wurden 13 geheilt und 16 gebessert.

5. Czapski (Jena): Erläuterung und Demonstration eines vergrössernden Laryngoscops.

6. Jurasz (Heidelberg): Vorstellung von Krankheitsfällen:

1. Primäres Sarcom des weichen Gaumens, geheilt mittelst der Galvanokaustik. 2. Sarcom des Larynx, entfernt durch Laryngofissur. 3. Verhorntes Papillom des Kehlkopfes. 4. Ein mit Borsäure geheilter Fall von hochgradiger Larynxphthise. 5. Lähmung der Mm. cricoarytaenoides postici oder theilweise Anchylose der Arygelenke in Folge einer nach Typhus entstandenen Perichondritis des Kehlkopfes.

Der Vorsitzende schliesst die Sectionssitzungen und dankt im Namen der Abtheilung sowohl dem Einführenden, als dem Schriftführer für ihre Mühewaltung.

In einer kurzen Ansprache drückt der Einführende den Theilnehmern seinen Dank für das zahlreiche Erscheinen und seine Freude über den schönen Verlauf und die reichhaltigen Ergebnisse der Versammlung aus.

Die Zahl der eingeschriebenen Theilnehmer der laryngo-rhinologischen Abtheilung betrug 82. A. Jurasz.

---

# III. Briefkasten.

### Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Die am 22. November v. J. stattgehabte Neuwahl des Vorstandes ergab folgendes Resultat:

Erster Vorsitzender: B. Fränkel. Zweiter Vorsitzender: Landgraf. Erster Schriftführer: P. Heymann. Zweiter Schriftführer: A. Rosenberg. Kassenführer: Schötz.

---

### Berichtigung.

In der letzten Nummer findet sich im Referat 14 über die Bresgen'sche Arbeit ein ganz unmöglicher Satz, der, richtig gestellt, folgendermassen lautet: Reclamation der Priorität des Auspumpens der Nebenhöhlen gegenüber Schmidt. Empfehlung des Krause'schen Troicarts.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang VI. Berlin, Februar. 1890. No. 8.

## I. Ueber die centrale motorische Innervation des Kehlkopfs.

Eine vorläufige Mittheilung.

Von
Felix Semon, M. D., F. R. C. P. etc.
und
Victor Horsley, B. S., F. R. S. etc.

Unter obigem Titel erschien am 21. December 1889 im British Medical Journal ein kurzer Bericht, welcher der Wichtigkeit der Sache halber im Folgenden ohne Zeitverlust in fast wörtlicher Uebersetzung wiedergegeben wird. Einige wenige, durch Klammern, resp. durch die Initialen des Herausgebers kenntlich gemachte Zusätze und Bemerkungen zu der deutschen Uebersetzung sind durch den Wunsch motivirt, nicht Missverständnisse aufkommen zu lassen, welche die Knappheit der englischen Ausdrucksweise im Gefolge haben könnte:

„In den Jahren 1886 und 1887 führten wir eine grosse Reihe von Experimenten (über 100) an verschiedenen Species von Thieren — Affen, Hunden, Katzen und Kaninchen — zu dem Zwecke aus, die centrale motorische Innervation des Kehlkopfs zu erforschen. Umstände verschiedener Art haben uns bis jetzt verhindert, diese Forschungen abzuschliessen; wir sind jedoch so vielfach von Interessenten ersucht worden, unsere Resultate, wenn auch nur in vorläufiger Form, bekannt zu geben, dass wir diesem Wunsche Rechnung zu tragen und gleichzeitig die Schlussfolgerungen hinzuzufügen wünschen, welche sich unserer Ansicht nach legitimer Weise aus unseren Experimenten ziehen lassen. Dabei möchten wir aber ausdrücklich hervorheben, dass die gegenwärtige Mittheilung nur eine vorläufige ist, und dass wir im nächsten Mai oder Juni einen ausführlichen Bericht über die Experimente, auf welche unsere Schlussfolgerungen gegründet sind, sowie eine vollständige Theorie der motorischen Kehlkopfinnervation der Royal Society zu London vorlegen werden. Auch beabsichtigen wir, eine gründliche Schilderung derselben (mit Demonstrationen) dem Internationalen Medicinischen Congresse zu Berlin im August nächsten Jahres zu unterbreiten.

Folgendes sind die Schlüsse, zu denen wir gekommen sind:

1. Es befindet sich in jeder Grosshirnhemisphäre ein Gebiet für die doppelseitige Repräsentation der Adductionsbewegungen[1]) der Stimmbänder, welches beim Affen[2]) eben nach hinten von dem unteren Ende des Sulcus praecentralis an der Basis der dritten Stirnwindung, und bei den Carnivoren im Gyrus praecrucialis und dem benachbarten Gyrus gelegen ist[3]). Dies Gebiet hat einen Focus intensivster Repräsentation in der vorderen Hälfte des unteren Endes der aufsteigenden Stirnwindung. Reizung dieser Stelle bewirkt vollständige, doppelseitige Adduction der Stimmbänder (i. e. Glottisschluss, F. S.), welche so lange anhält, als die Reizung dauert. Wird letztere jedoch übermässig fortgesetzt, so überwindet das „besoin de respirer“ den Einfluss des künstlichen Reizes, und bewirkt eine zwar nur momentane, aber kräftige Auswärtsbewegung der Stimmbänder. Reizung der mehr peripher gelegenen Theile des Gebietes bewirkt weniger und weniger vollkommene Einwärtsbewegungen, je mehr wir uns nach aussen von dem Focus entfernen, und wird der äusserste Rand des Gebietes gereizt, so treten die Stimmbänder nur noch in die sogenannte „Cadaverstellung.“

Die eben gegebene Beschreibung findet ihre Anwendung auf den Affen, den Hund und das Kaninchen. Bei der Katze haben wir eigenthümlich verschiedene Verhältnisse beobachtet, für welche wir in diesem Augenblicke nicht in der Lage sind, eine Erklärung zu geben.

2. Es ist uns nicht möglich gewesen, in der Hirnrinde ein Gebiet für die Abductionsbewegungen der Stimmbänder zu finden[4]).

3. Wenn eines der beiden Rindengebiete für die Adduction der Stimmbänder so vollständig exstirpirt wird, dass Reizung der (ganzen) Nachbarschaft der Wunde keine Wirkung auf den Kehlkopf erzielt, und wenn man die Wunde aseptisch heilen lässt, so wird keine Lähmung der Stimmbänder beobachtet[5]). Ferner wird, wenn später das correspondirende Gebiet in der anderen Hemisphäre gereizt wird, eine genau so vollständige, doppelseitige Adduction der Stimmbänder (Glottisschluss) erzielt, als ob das gegenüberliegende Gebiet intact wäre.

Aus obigen Thatsachen ziehen wir folgende Schlüsse:

a) Einseitige Reizung producirt doppelseitige Wirkung. Klinisch kann

---

[1]) Es wird sich hiernach empfehlen, von dem bequemen, aber durchaus ungenauen, und, wie weiterhin gezeigt werden wird, sogar irreführenden Ausdruck „Rindencentrum für den Kehlkopf“, der sich bereits in manchen neueren Publicationen findet, gänzlich Abstand zu nehmen, da eben nur die phonatorische, nicht aber die respiratorische Thätigkeit des Kehlkopfs durch ein eigenes, speciell localisirtes Gebiet in der Rinde repräsentirt ist, F. S.

[2]) Bereits im Jahre 1887 von uns der Londoner physiologischen Gesellschaft demonstrirt, vgl. Centralblatt III., p. 480.

[3]) Es würde also beim Menschen linkerseits etwa — vgl. darüber weiterhin mehr — der sogenannten Broca'schen Windung entsprechen. F. S.

[4]) Vgl. aber hierzu die eben gemachte Bemerkung hinsichtlich der Verhältnisse bei der Katze.

[5]) Die Stimme der Thiere (Hunde, Affen) bleibt genau so, wie sie vor der Operation gewesen: laryngoskopisch zeigen sich die Stimmbandbewegungen normal. F. S.

daher bei einer irritativen, einseitigen Affection dieses Gebietes Glottiskrampf, d. h. doppelseitige Adduction der Stimmbänder, erfolgen, so z. B. beim Laryngismus stridulus[1]). Dass diese Anschauung (nämlich dass der Glottiskrampf beim Laryngismus stridulus eine Rindenaffection ist, F. S.) nicht rein theoretischer Natur ist, ergiebt sich aus der Association der sogenannten „carpo-pedalen Contractionen" mit dem Glottiskrampf in schweren Fällen von Laryngismus stridulus (bei Kindern, F. S.). Diese Association findet ihre einfachste Erklärung in der Annahme, dass ein Ueberschäumen von Energie von den Kehlkopfgebieten auf die ihnen benachbarten Rindengebiete für die Extremitäten stattfindet[2]).

b) Einseitige Zerstörung producirt keine Wirkung. So etwas wie die behauptete „einseitige Stimmbandlähmung in Folge von Läsion einer Grosshirnhemisphäre" existirt daher überhaupt nicht. Die Richtigkeit dieser unserer Angabe erhellt aus der Thatsache, dass die motorische Aphasie nicht identisch mit Aphonie ist[3]). Ausserdem haben die wenige Stunden nach dem apoplektischen Insult angestellten (laryngoskopischen) Beobachtungen des einen von uns (F. S.) an verschiedenen Patienten mit vollständiger Aphasie und rechtsseitiger Hemiplegie definitiv gezeigt, dass in solchen Fällen die Bewegungen der Stimmbänder durchaus normal erhalten sind.[4])

4. Wir haben beobachtet, dass bei sehr kräftiger oder lange fortgesetzter Reizung des phonatorischen Rindengebietes echte Epilepsie der Stimmbänder eintritt, welche sich allmälig auf die benachbarten Muskeln des Gesichts, Halses, Kopfes und der oberen Extremitäten ausbreitet. Hieraus schliessen wir, dass der epileptische Schrei nicht, wie man so lange geglaubt hat, das Resultat einer in erster Linie medullären Entladung ist, sondern vielmehr ein Stadium in der, populär als „epileptischer Anfall" bezeichneten Rindenerregung darstellt.

5. Während wir ein so genau specialisirtes Gebiet für die Repräsentation der Adduction der Stimmbänder in der Hirnrinde gefunden haben und kein correspondirendes Gebiet für die Abduction in derselben Region, haben wir andererseits gefunden, dass directe Erregung des Accessoriuskerns in der Medulla oblongata ausnahmslos Abduction der Stimmbänder bewirkt.

---

[1]) Es soll hiermit selbstverständlich nicht behauptet werden, dass der Glottiskrampf der Kinder in einseitigem Rindenreiz seinen Ursprung haben muss! — Es ist durchaus denkbar, dass in diesen Fällen derselbe Reiz gleichzeitig auf beide Rindengebiete für die Adduction wirkt. — Uns liegt hier nur daran, zu zeigen, dass selbst ein einseitiger Reiz für die Production der zur Beobachtung kommenden klinischen Phänomene vollständig ausreicht. F. S.

[2]) Natürlich ist der Laryngismus stridulus nicht die einzige, von der Rinde aus bewirkte spasmodische Kehlkopfaffection! So gehört fast sicher die Aphonia spastica hierher, vermuthlich aber auch noch andere hyperkinetische Kehlkopfneurosen. F. S.

[3]) Diese klinische Thatsache erlaubt den äusserst wichtigen, definitiven Rückschluss, dass beim Menschen die Verhältnisse ebenso liegen, wie beim Thier, d. h. dass es nicht nur ein „Phonationscentrum" giebt, wie es ein Sprachcentrum giebt, sondern dass auch beim Menschen die Phonationsbewegungen in zwei, von einander bis zu einem gewissen Grade unabhängigen Rindengebieten repräsentirt sind, von denen eines in der rechten, eines in der linken Hemisphäre gelegen ist. F. S.

[4]) Diese Beobachtungen wurden im Laufe der drei letzten Jahre im National Hospital for the Paralysed and Epileptic, Queen's Square, London, angestellt. F. S.

Aus allem Vorstehendem folgt, dass unsere Resultate in vollständiger Harmonie mit den neuesten Ansichten über das Verhältniss der Rindencentren zu den niedrigeren Centren sich befinden. Denn unsere Experimente haben gezeigt, dass die Repräsentation der Kehlkopfbewegungen in der Hirnrinde durchaus den dem Willenseinfluss unterworfenen, zweckbewussten Theil derselben umfasst, da sie der Einwärtsbewegung der Stimmbänder, oder mit anderen Worten: der Phonation dient, während andererseits die bulbäre Repräsentation des Kehlkopfs ebenso ausschliesslich für die sogenannten automatischen Processe des organischen Lebens, nämlich für die Auswärtsbewegung der Stimmbänder = Inspiration, bestimmt ist.

Endlich bestätigt diese Reihe von Experimenten, ebenso wie diejenigen, welche wir schon früher über die periphere Innervation des Kehlkopfs veröffentlicht haben [1]) nach jeder Richtung hin die Ideen, die der eine von uns (F. S.) schon in seinen ersten Arbeiten über die Lähmung der Glottiserweiterer [2]) hinsichtlich der grösseren Hinfälligkeit der Glottis-erweiternden Nervenfasern bei organischen, der Glottis-schliessenden Nervenfasern bei functionellen Krankheiten entwickelt hat [3])."

Nachtrag. Während die Correctur dieser Nummer gelesen wird, hat Herr Prof. H. Krause, der sich durch den Umstand verletzt fühlt, dass sein Name nicht in obiger Publication genannt ist, eine Prioritätsreclamation sowohl im British Medical Journal, wie in der Berliner klinischen Wochenschrift anhängig gemacht. Da die Verfasser im Jahre 1886 die Priorität der Krause'schen Beobachtungen ausdrücklich anerkannt haben (vgl. Centralblatt III., p. 299), so liegt die Grundlosigkeit dieser Reclamation auf der Hand. Im Uebrigen müssen Interessenten hinsichtlich der völlig überflüssigen Controverse auf die Originalartikel Prof. Krause's und die Antworten Semon's und Horsley's in den Januarnummern 1890 der beiden genannten Journale verwiesen werden.

---

[1]) „On an Apparently Peripheral and Differential Action of Ether upon the Laryngeal Muscles." By Felix Semon and Victor Horsley. British Med. Journal, 28. August 1886, p. 405.

[2]) „Clinical Remarks on the Proclivity of the Abductor Fibres of the Recurrent Laryngeal Nerve to become affected sooner than the Adductor Fibres or even exclusively in Cases of undoubted Central or Peripheral Injury or Disease of the Roots or Trunks of the Spinal Accessory, Pneumogastric or Recurrent Laryngeal Nerves." Archives of Laryngology 1881, Vol II. und: „Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus Laryngeus Inferior (Recurrens)." Berliner klinische Wochenschrift. 1888. No. 46—49. etc.

[3]) Seit der Publication vorstehender vorläufiger Mittheilung ist bereits am 4. Januar 1890 eine kurze Notiz von Dr. Ch. S. Sherrington (London) unter dem Titel: „Notiz über doppelseitige Degeneration in den Pyramidensträngen als Resultat einseitiger Rindenläsion" im British Med. Journal erschienen, in welcher derselbe auf Grund eigener experimenteller Forschungen über die Anatomie der Pyramidenstränge beim Affen erklärt, dass die Schlussfolgerungen der Verfasser mit seinen anatomischen Resultaten ganz und voll übereinstimmen. Hinsichtlich der Details muss auf das Original verwiesen werden. F. S.

# II. Referate.

## a. Therapie der oberen Luftwege.

1) **De Lamallerée. Das Kohlensäuregas und seine Anwendung bei Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftwege. (Du gaz acide carbonique et de son emploi dans les maladies du larynx et des voies respiratoires.)** Mitgetheilt in der: *Soc. des scienc. méd. de Gannat. 1889.*

Die Kohlensäure ist ein Anaestheticum von gasförmiger Beschaffenheit. Es ruft zuerst einen Reizungszustand hervor und leistet bei chronischen Nasen-Rachen- und Kehlkopfcatarrhen, bei Asthma, Heufieber, Grippe, Keuchhusten, Bronchitis und Bronchopneumonie gute Dienste. E. J. MOURE.

2) **Cervesato** (Padua). **Ueber therapeutische Verwendung des Jodols bei inneren Krankheiten.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 6. 1889.*

C. verwendete das Jodol theils als Einblasung in den Kehlkopf, theils in einer Lösung von Jodol 1, Alkohol 16, Glycerin 34 zur Bepinselung des Rachens und Kehlkopfes, theils als Emulsion (Jodol 1, Alkohol 5 und Glycerin 10 in der Wärme gelöst und dann Aqua 10 zugesetzt) zur Einathmung mittelst des Brügelmann'schen Zerstäubungsapparates. Der Erfolg war bei Tuberculosis laryngis ein mässiger, bei Catarrhus laryngis ein ausgezeichneter; ausserordentlich günstig wirkte die örtliche Behandlung nebst Verabreichung von 2 g Jodol innerlich pro die bei Syphilis des Rachens und Kehlkopfes. Vergiftungserscheinungen fehlten selbst bei Kindern immer. CHIARI.

3) **P. Masucci** (Neapel). **Bismuthum subjodatum zur Localbehandlung secundärer und tertiärer syphilitischer Erscheinungen der Nase, des Nasenrachenraumes und Kehlkopfes. (Il sottoioduro di bismuto nella cura locale delle manifestazioni sifilitiche secondarie e terziane del naso, cavo naso-faringeo e laringe.)** *Rassegna critica internaz. Januar 1889.*

M. berichtet über die Anwendung dieses Mittels, das er mit gutem Erfolg verwandt hat. CARDONE.

4) **Nitschmann** (Erfurt). **Beitrag zur Sozojodoltherapie.** *Therapeutische Monatshefte. 1. 1889.*

Zur Behandlung der Krankheiten des Nasenrachenraumes hat N. Einpinselungen oder Douchen mit 5—7proc. Lösungen von Sozo-Jodol-Natrium angewendet, bei acuten Katarrhen des Pharynx, sowie bei acuter Stomatitis soll eine 5proc. Sozo-Jodol-Zinklösung, zweistündlich eingepinselt, schnell und sicher wirken. SEIFERT.

5) **Delbreil. Das Creolin. (La Créoline.)** *Bulletin méd. du Nord. März 1889.*

Verf. hat Creolineinstäubungen (7 Tropfen auf 1 Liter Wasser) mit Erfolg bei Behandlung der Ozaena und der einfachen katarrhalischen Angina angewandt. E. J. MOURE.

6) **J. W. Koehler. Creolin zur Prophylaxe und Localbehandlung infectiöser Halskrankheiten. (Creolin in the local preventive and curative treatment of infectious throat diseases.)** *N. Y. Medical Record. 19. Januar 1889.*

Ein Lobartikel, der mehr überzeugen würde, wenn er sich mehr auf specielle und detaillirte Resultate, als auf allgemeine Angaben stützte. LEFFERTS.

7) **Krakauer** (Wien). **Ueber die Anwendung des Chlorammoniums als Inhalationsmittel in Krankheiten des Respirationstractes. Nach dem Verfahren von Dr. Kendal Franks in Dublin.** *Wiener med. Blätter. No. 13. 1889.*

K. empfiehlt diesen Apparat, indem er einen Auszug aus dem Artikel Kendal Frank's „Lancet, 22. Januar 1887" bringt und nur wenige Worte über die Erhaltung des Burrough'schen Apparates hinzufügt. CHIARI.

8) **Philip** (Edinburgh). **Eine Emulsion von Leberthran und Eucalyptus. (Emulsion of cod liver oil and eucalyptus.)** *Edinburgh Med. Journ. März 1889.*

Das Präparat wurde in der Medicinisch-chirurgischen Gesellschafr zu Edinburgh als ein bei Phthisis sehr nützliches Medicament demonstrirt. Jeder Esslöffel enthält 20 Tropfen Eucalyptusöl. P. Mc BRIDE.

9) **A. A. Armstrong. Schädliche Wirkungen des Cocain. (The injurious effects of cocaine.)** *N. Y. Medical Record. 27. April 1889.*

Aus Erfahrung an seinem eigenen Falle ist A. überzeugt, dass der fortgesetzte Gebrauch von Cocain in den Nasenhöhlen schädlich ist, weil er leicht die Wirkungen, um derentwillen es angewandt wird, aufhebt. LEFFERTS.

10) **Lennox Browne** (London). **Ueber die Gewöhnung an Cocain bei Hals- und Nasenkrankheiten. (On the cocain habit in diseases of throat and nose.)** *Brit. Med. Journ. 27. April 1889.*

B. lenkt in einem Briefe die Aufmerksamkeit auf den wachsenden Cocainverbrauch im Publikum und auf die störenden Folgen desselben. Er beschränkt sich selbst im Gebrauch dieses Mittels sowohl zur Linderung zeitweiliger Schmerzen, als auch bei Cauterisationen und Operationen. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

11) **Walter Fowler** (London). **Vergiftung durch Chromsäure. (Poisoning by chromic acid.)** *Brit. Med. Journ. 18. Mai 1889.*

Eine 45jährige Frau hatte etwas Chromsäure geschluckt, während diese ihr auf die Zungentonsille applicirt wurde. Es stellten sich heftiger Schmerz, Erbrechen, Durchfälle und Collaps ein. Unter der Darreichung von Stimulantien erholte sie sich in etwa 3 Stunden; reichliche Urinsecretion begleitete den Nachlass der beunruhigenden Symptome. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

12) **Ernest E. Maddox** (Crieff). **Ein einfacher Inhalationsapparat. (A simple inhaler.)** *Practitioner. Mai 1889.*

Es ist ein einfacher trockener Inhalator, der leicht in jedem Hause construirt werden kann. Er ist im Princip fast identisch mit dem von Burroughs und Welcome ersonnenen und construirten Trockeninhalator.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

13) **Muselli. Inhalationsapparat. (Appareil à inhalations.)** Soc. de med. et de chir. de Bordeaux in: *Journ. de med. de Bordeaux. 17. März 1889.*

Nichts Neues; ein alter, allen wohlbekannter Apparat. E. J. MOURE.

14) **Beverly Robinson. Ein verbesserter Naseninhalator. (An improved nasal inhaler.)** *N. Y. Med. Record. 6. April 1889.*

Das Instrument besteht aus einem einfachen Hohlcylinder aus Hartgummi, $1\frac{1}{2}$ Zoll lang und $\frac{3}{4}$ Zoll im Durchmesser, mit einem convex gekrümmten Ansatzstück versehen, durch das es sich selbst im Nasenloch hält. Nahe dem unteren Rande befinden sich eine Anzahl kleiner Löcher, in dem Cylinder selbst steckt ein Stück feinen Schwammes, das durch eine quere Nadel befestigt ist. Eine jede flüchtige Substanz, wie Kreosot, Eucalyptol, Fichtennadelöl etc. kann mittelst dieses Inhalators zugeführt werden. LEFFERTS.

15) **V. Nicolaj** (Mailand). **Die Elektrostatik in der Laryngologie. (L'elettrostatica nella laringoiatria.)** *Bollettino della Poliambulanza di Milano. 1889.*

M. berichtet über die guten Resultate, die er mit dem electrostatischen Bade bei Behandlung mehrerer nervöser Kehlkopfaffectionen (Paralyse etc.) erzielt hat. Er beschreibt die Art der Anwendung dieser Methode mit seinem Apparat (eine Modification der Bonnet'schen Maschine), der leicht zu handhaben und von mässigem Preise ist. F. CARDONE.

16) **V. Cozzolino** (Neapel). **Die Elektrolyse oder die chemische Elektrokaustik bei den Krankheiten der Nasenhöhle, des Nasenrachenraumes, des Ohres und des Mundes. (L'elettrolisi o elettrocaustica chimica nelle malattie della cavita nasale, del cava naso-faringeo, dell' orecchio e della bocca.)** *Il Morgagni. März 1889.*

Eine Zusammenstellung alles einschlägigen Materials mit einer Erklärung der ganzen Behandlungsmethode. F. CARDONE.

17) **Schleicher** (Anvers.) **Portative galvanokaustische Batterie für elektrische Beleuchtung zu medicinischen Zwecken, besonders für Halsuntersuchungen. (Pile galvanocaustique portative pour l'éclairage électrique médical, convenant tout spécialement pour l'exploration de la gorge.)** *Annales et Bullet. de la Soc. de Méd. d'Anvers. März 1889.*

Schl. demonstrirte in der Medicinischen Gesellschaft von Antwerpen eine galvanokaustische Batterie, die das einzige Besondere hat, dass sie portativ ist. Der Beleuchtungsapparat, welcher einem Operngläs gleicht, mit der Lichtquelle zwischen den beiden Tubi, soll ganz interessant sein. BAYER.

18) **J. Matthew Caw** (Woolwich). **Das Athmoscop. (The athmoscope.)** *Lancet. 19. Mai. 1889.*

Beschreibung eines Instrumentes zur Auscultation der Athemgeräusche, die die Luft beim Ausströmen aus dem Larynx in die Mundhöhle macht.

A. E. GARROD.

19) **J. H. Potter. Eine mechanische Säge. (A mechanical saw.)** *Buffalo Med. and Surg. Journ. Juni 1889.*

Die Säge kann selbst auf einer gekrümmten Oberfläche an dem gewünschten Punkte angesetzt und ohne Gefahr des Abgleitens daselbst festgehalten werden. Sie kann bewegt werden durch die Tretmaschine der Zahnärzte oder einen Electromotor. W. J. SWIFT. (LEFFERTS)

20) **George D. Hall. Eine neue Polypenschlinge. (A new polypus snare.)** *N. Y. Medical Record. 11. Mai 1889.*

Man muss den Holzschnitt, welcher die von der Schlinge gegebene Beschreibung illustrirt, selbst sehen, um diese ganz zu verstehen. LEFFERTS.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

21) **Loewenberg. Acustische Untersuchungen über die nasalen Laute. (Recherches acoustiques sur les voyelles nasales.)** *Le Bulletin méd. 17. Februar 1889.*

Der Verf. hat mittelst des König'schen Tonometers die Töne festgestellt, auf welche die Mundhöhle bei Aussprache der verschiedenen Nasenvocale abgestimmt ist. Es folgt eine Tabelle. E. J. MOURE.

22) **Salvatore Ottolenghi. Der Geruchssinn bei Verbrechern. (L'odorat chez les criminels.)** *Giorn. d. R. Acad. di med. di Torino* in: *Le Courrier med, 4. Mai 1889.*

Verf. fand den Geruchssinn bei Verbrechern weniger entwickelt, als bei anderen Menschen. Auch ist dieser Sinn bei Frauen etwas geringer als bei Männern.
E. J. MOURE.

23) **H. Zwaardemaker. Anosmie; eine klinische Analyse. (Anosmie. Eene klinische Analyse.)** *Weekblat van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Der physiologische Vorgang beim Riechact ist entweder inspiratorisch oder exspiratorisch. Beim letzteren ist die Riechempfindung weniger stark als beim ersteren; bei diesem (dem inspiratorischen Riechact) dringt die den Riechstoff der Fissura olfact. zuführende Luft vom vorderen unteren Rand der unteren Nasenmuschel ein, während sie bei jener von den Choanen herkommt, welchen Weg die Gerüche der Speisen und Getränke nehmen. Demzufolge schlägt der Verf. vor, zwischen folgenden pathologischen Zuständen zu unterscheiden, zwischen: 1) Anosmia respiratoria und 2) Anosmia gustatoria; ferner je nachdem der Nervenendapparat der Riechzellen sich pathologisch verhält (was man durch die functionelle Prüfung des Riechsinns mittelst des Zwaardemaker'schen Riechmessers ermitteln kann), oder der Centralapparat im Gehirn afficirt ist; zwischen 3) Anosmia essentialis und 4) Anosmia intracrania.

I. Die Anosmia respir. wird manchmal hervorgebracht durch Asymmetrie des Nasenskeletts (der Autor bedient sich zur Feststellung der Durchgängigkeit

der Nasengänge des Spiegelathembeschlages", von dem er in einem eigenen Artikel handelt, über welchen besonders referirt wird; wenn man sich die Athemflecke auf ein Papier aufzeichnet, so erhält man ein objectives Maass von dem jeweiligen Grad der Durchgängigkeit der Nase); — ferner durch Verkrümmungen der Nasenscheidewand (und zwar besteht die Anosmie alsdann auf der Seite der Convexität des Septums, entsprechend dem geringeren Athemfleck auf dieser Seite; obgleich damit nicht gesagt sein soll, dass bei diesem Zustande ein normaler Geruchssinn nicht existiren könne, desgleichen durch Enchondrome und Exostosen vom Septum cartilag. und osseum ausgehend, welche natürlich nur als die Anosmie begünstigende Zustände aufzufassen sind.

Eine andere Categorie von respiratorischer Anosmie ist durch Hypertrophie der Schleimhaut bedingt; diese ist beinahe immer doppelseitig (? Ref.) und hat ihren hauptsächlichen Sitz auf der unteren Muschel; ferner durch Nasenpolypen, die frühzeitig den Zugang zur Fissura olfact. verlegen, wenn diese aber die Reg. olfact. einnehmen, so können sie auch eine essentielle Anosmie bedingen (gar nicht so selten, Ref.). Weiter kommen dabei noch zu gleicher Zeit bestehende Entzündungszustände der Schleimhaut in Betracht, welche einen mehr minder grossen Antheil an der Entstehung der Anosmie haben können.

II. Essentielle Anosmie; diese ist nach den Erfahrungen des Autors 1) bilateral, 2) constant und 3) total, Eigenschaften, welche vermuthlich mit ihrer Entstehungsweise — wahrscheinlich sind sie immer secundären Ursprungs — im Zusammenhang stehen; so führt Verf. Fälle an, wo dieselbe bedingt war durch Rhinitis, entstanden in der Pars respir., von da sich auf die Pars olfact. ausbreitend und mit Atrophie der Riechschleimhaut endigend; eine weitere Veranlassung dazu war gegeben durch Tabakrauchen, Aufenthalt in reizenden Gasen; ferner durch chronische Pharyngitis und durch adenoide Vegetationen; in einem Falle war sie im Gefolge einer Bursitis phar. Tornwaldtii; ferner gehören hierher die essentiellen Anosmien ulcerativen Ursprungs, von denen der Autor aber keinen Fall beobachtet hat; ausserdem die toxischen Anosmien, wie sie durch den Gebrauch der Nasendouche und durch das Einblasen von pulverförmigen Substanzen herbeigeführt werden, z. B. durch locale Vergiftung, durch Morphiumeinblasen; sodann die toxischen Anosmien indirecten Ursprungs, z. B. durch allgemeine Morphiumvergiftung, Atropinvergiftung, Fall in Folge von Quecksilberintoxication (Bichat); ferner die Verminderung der Geruchsschärfe bei Allgemeinerkrankungen, zum Theil cerebrale Formen, zum Theil durch Veränderungen der Sinneswerkzeuge selbst bedingt (Fall von intermittirender Anosmie, geheilt durch Chiningebrauch). Hierher gehört auch noch die senile Anosmie.

Es wäre zu wünschen, dass die interessante Arbeit auch in deutscher Sprache vom Autor veröffentlicht würde. BAYER.

24) **Zwaardemaker. Cocainanosmie. (Cocaine Anosmie.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 15. 1889.*

Nachdem Verf. zuvor die Riechschärfe vermittelst seines Olfactometers festgestellt, blies er durch eine Federspule eine Mischung von Cocain mit Amylum

(5—10—20 pCt.) unter einem kräftigen Luftstrom aus einem Guttaperchaballon nach oben hin in die Nase ein, so dass der untere Theil der mittleren Muschel und die angrenzenden Schleimhautpartieen mit weissem Pulver bedeckt waren. Seine Experimente führten zu folgendem Resultat: 1) Cocain, in genügender Menge in den oberen Theilen der Riechschleimhaut zur Resorption gebracht, bringt eine vorübergehende Anosmie zu Stande; 2) der Anosmie geht eine Hyperaesthesia olfactoria voraus; 3) die Anosmie besteht gleichzeitig für eine ganz unbestimmte Menge von Riechqualitäten. BAYER.

25) **Zwaardemaker. Ueber Anosmie. (Over Anosmia.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Vortrag in der Utrechter Med. Gesellschaft, über den schon eingehend referirt worden ist. (Vgl. Referat 23 dieser Nummer. Red.) BAYER.

26) **G. Ficano. Beitrag zum Studium der Beziehungen, die zwischen den Genital- und Geruchsorganen bestehen. (Contributo allo studio del rapporto che esiste tra organi genitali ed olfatto.)** *Gazzetta degli Ospitali. 17. März 1889.*

Eine 20jährige Frau, die an stufenweise fortschreitendem Verlust des Geruchs und einem Gefühl von Brennen in der Nase leidet, zeigt bei der rhinoskopischen Untersuchung leichte Schwellung und Hyperämie der Schleimhaut.

Während der Periode ist das brennende Gefühl in der Nase viel intensiver und die Anosmie eine vollständige. Dann ist die Schleimhaut stark geschwollen und geröthet. Locale Behandlung mit Chromsäure und Galvanokaustik. Heilung durch Verringerung des erectilen Gewebes der Nase. CARDONE.

27) **V. Cozzolino** (Neapel). **Die Krankheiten der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen in ihrer pathogenetischen Bedeutung für einige Krankheiten des Sehorgans, für die Basedow'sche Krankheit und für gewisse Hautkrankheiten der Nase und des Gesichts. (Le Malattie della cavita e dei seni nasali studiati come momenti patogenetici di parecchie malattie dell' apparato oculare, del gozzo esoftalmico, di alcune malattie della pelle del naso e della faccia.)**

Klinische Vorlesung; der Titel giebt über den Inhalt Aufklärung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **J. F. Rumbold. Wirkung von Entzündungen der Nase auf die Stimmung. (Effect of nasal inflammation on the mind.)** *Atlanta Med. and Surg. Journal. März 1889.*

R. glaubt, dass die Dilatation der Blutgefässe der Nasenschleimhaut, die eine Folge chronischer Nasenentzündung ist, die Blutcirculation des Gehirns beeinflusst und grössere oder geringere geistige Schwäche herbeiführt, bei der Behandlung geistiger Krankheiten sollte die Beziehung der Nasenwege zum Gehirn nicht vergessen werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

29) **Lavrand. Kopfschmerz nasalen Ursprungs. (Céphalée d'origine nasale.)** Soc. des sc. méd. de Lille in: *Journ. des sc. méd. de Lille. 22. Febr. 1889.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

30) **Trousseau. Reflectorische Augenstörungen nasalen Ursprungs. (Troubles oculaires réflexes d'origine nasale.)** *Le Bulletin méd. 21. April 1889.*

Verf. beschreibt einige Augenstörungen nasalen Ursprungs, die er beobachtet hat und die bei Behandlung der Nasenerkrankung verschwinden (Blepharospasmus, Migräne, die in der Augengegend localisirt ist, Mydriasis etc.).

E. J. MOURE.

31) **P. Masucci** (Neapel). **Aprosexie in Folge von Nasenkrankheiten. (L'aprosexia come conseguenza di malattie nasali.)** *Rassegna critica internaz. Januar 1889.*

Ein Resumé über die Guye'sche Mittheilung. CARDONE.

32) **N. C. Husted. Das Heufieber und seine Behandlung. Physiologische und pathologische Betrachtung. (Hay Fever, its treatment physiologically and pathologically considered.)** *Journal of the N. Y. Microscopical Society. Januar 1889.*

Das Heufieber ist eine periodische nervöse Erkrankung, die Personen betrifft, welche eine besondere Idiosynkrasie haben. Die Paroxysmen sind Reflexactionen infolge einer Reizung der Nervenendigungen der die Nasen- und Rachenschleimhaut versorgenden Nerven.

Die beste Behandlung ist die Anwendung von Chapman's Eisbeuteln, die auf die Wirbelsäule gelegt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **A. Ruault. Pathogenese und Behandlung des Heufiebers. (La pathogénie et le traitement de la fièvre des foins.)** *Arch. de Laryngologie. Februar, März 1889.*

Eine Studie über diesen Gegenstand, welche die letzthin von Natier und Leflaive in dieser Frage geäusserten Anschauungen wiedergiebt. E. J. MOURE.

34) **A. Bronner** (Bradford). **Pseudo-Heufieber. (Pseudo-Hay-fever.)** *Brit. Med. Journ. 23. März 1889.*

In einer Versammlung der Leeds and West Riding Medico-Chirurgical Society verlas B. eine Abhandlung mit dem obenstehenden Titel. Er definirte das Pseudo-Heufieber als ein paroxysmales Niesen, das durch Hypertrophie der Gefässmassen der Nasenmuscheln bedingt sei. An den Vortrag schloss sich eine Discussion an, die jedoch nichts von Interesse beibrachte.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

35) **F. H. Bosworth. Ueber die Beziehung der Nase und der Nerven zur Aetiologie des Asthma. (On the relation of the nasal and neurotic factors in the etiology of asthma.)** *Medical Herald Louisville. Febr. 1889.*

Bei 80 Fällen von Asthma, die B. behandelte, fand er in jedem einzelnen eine intranasale Erkrankung, und zwar hochgradig genug, um den Schluss zu rechtfertigen, dass sie einen starken causalen Einfluss auf die Entstehung der asthmatischen Anfälle ausübte. 46 Fälle wurden geheilt und 26 gebessert, rein durch Behandlung der Nasenstörung: die Folgerung ist offenbar, dass das Asthma durch die Nasenkrankheit verursacht war.

Die Bedingungen, die den Anlass zu einem asthmatischen Paroxysmus geben, sind 1) Neurotische Constitution, 2) krankhafte Zustände der Nasenschleimhaut, die einfach in einer zur Obstruction führenden Veränderung bestehen und die in Folge der engen Beziehungen zwischen den beiden Regionen eine vasomotorische Schwäche der Bronchialschleimhaut herbeiführen. 3) Gewisse eigenthümliche (noch unbekannte) atmosphärische Verhältnisse.

Von diesen 3 Factoren, die für die Aetiologie des Asthmas in Betracht kommen, sind die Nasenstörungen bei weitem die wichtigsten in Bezug auf die Behandlung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **M. G. Tull. Euphorbia Pilulifera gegen Asthma. (Euphorbia Pilulifera in Asthma.)** *Med. and Surg. Reporter. Philad. 16. März 1889.*

Die Euphorbia Pilulifera ist in Australien ein gewöhnliches Kraut, das viel gegen Asthma und chronische Bronchitis angewandt wird. T. fand 30 Tropfen des flüssigen Extracts in einem Weinglas Wasser 3 oder 4stündlich sehr nützlich bei Asthma. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **H. S. Davis jr. Die Behandlung des Asthma. (The treatment of asthma.)** *Journ. of the Americ. Med. Association. 25. Mai 1889.*

Die Arzneimittel, die die Spasmen der Bronchioli bei Asthma aufheben, können in 3 Gruppen getheilt werden: 1) solche, die auf die Quelle der Reizung wirken und dadurch der Entstehung eines Anfalls vorbeugen; 2) solche, die das Nervencentrum oder die Reflectoren des Reizes zur Ruhe bringen ; und 3) solche, die auf den Focus der Reizung wirken.

Da der Ursprung der Reizung in einem jeden Theile des Körpers liegen kann, so umschliesst die erste Gruppe eine sehr gemischte Sammlung von Droguen; unter ihnen befinden sich solche, die Reizzustände der Nasen-, Pharynx-, Bronchien- und Magenschleimhaut beruhigen; für die locale Application sind Cocain und Morphin die wichtigsten.

Die wichtigsten Mittel der zweiten Reihe sind Chloral, Chloroform, Aether, Opiate und Bromide, von denen das Chloral das sicherste und beste ist,

Die dritte Gruppe umfasst die Nitrite und das Nitroglycerin.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **H. Zwaardemaker. Cocainisirung der Nasen- und Nasenrachenhöhle. (Cocainiseering van de Neusholte en de Neuskeelholte.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Thl. No. 21. 1889.*

Der Autor bedient sich einer Mischung von Cocain mit Amylumpulver zum Einblasen und bespricht die verschiedenen Vortheile dieser Anwendungsweise im Vergleich zu den anderen üblichen, ohne übrigens etwas Neues zu bringen. Der Artikel ist auch mehr für Nichtspecialisten geschrieben. BAYER.

39) **Luc. Abscesse der Kieferhöhle nach den neueren über diese Frage publicirten Arbeiten. (Des abscès du sinus maxillaire d'après les travaux récents publiées sur la question.)** *Arch. de laryngologie etc. Juni 1889.*

Der Autor stellt eine kritische Betrachtung über den Gegenstand an und

führt dabei die einschlägigen Arbeiten wie die verschiedenen Behandlungsmethoden auf, die man zur Bekämpfung der Affection angewandt hat. E. J. MOORE.

40) **Donald Stewart** (Nothingham). **Eiterung der Highmorshöhle. (Suppuration of the antrum of Highmor.)** *Brit. Med. Journ. 16. März 1889.*

Drei Fälle, in denen der Eiter durch Ausspritzen der Höhle durch ihre natürliche Oeffnung im mittleren Nasengang entdeckt wurde, kamen in der Medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Nothingham zur Mittheilung.

MACKENZIE-JOHNSTON.

41) **R. Denison Pedley** (London). **Eiterung der Kieferhöhle in Folge von Caries eines Milch-Eckzahnes. (Suppuration of the antrum secondary to caries of a temporary canine tooth.)** *Lancet. 16. Februar 1889.*

Der Titel zeigt die Natur des Falles. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

42) **Kammerer. Elfenbeinosteom der Stirnhöhle; Operation; Heilung. (Eburnated osteoma of the frontal sinus; operation; cure.)** *N. Y. Med. Journ. 26. Januar 1889.*

Es handelt sich um ein 17 jähriges Mädchen, das 6 Jahre zuvor bei einem Fall mit dem ganzen Gesicht auf das Strassenpflaster aufgeschlagen war. Vor 6 Monaten bemerkte sie, dass die Gegend der Nasenbeine sich zu verbreitern begann, und dass sie auch beim Athmen durch die rechte Nasenhälfte, die jetzt völlig verschlossen ist, Schwierigkeiten hatte. Diese wurde durch eine Incision den Nasenrücken entlang freigelegt und der Tumor mit dem Meissel aus seiner Verbindung mit dem Stirnbein gelöst. Derselbe konnte in toto erst nach Excision des an die vordere Nase angrenzenden Oberkieferrandes entfernt werden. Die Geschwulst maass $3 \times 3 \times 1^1/_2$ Zoll und füllte die ganze Höhle aus, indem sie das Septum nach links verbog. LEFFERTS.

43) **N. R. Gordon. Verstopfung als Ursache von Nasenrachen-Catarrh. (Constipation a cause of [naso-pharyngeal] catarrh.)** *Atlanta Med. and Surg. Journ. Febr. 1889.*

G. glaubt, dass 90 pCt. der Fälle abhängig sind von Verstopfung der Unterleibsorgane. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

44) **D. Bryson Delavan. Adenoide Vegetationen im Rachen; ein neues Instrument zur Entfernung derselben. (Adenoid hypertrophy in the pharynx; a new instrument for its removal.)** *N. Y. Med. Journ. 26. Januar 1889.*

D. berichtet über einen Fall und erklärt, dass er die Operation mit einem neuen Instrument ausgeführt hat, das eine weitere Modification des schon so viel modificirten Löwenberg'schen Instrumentes vorstellt. Die verschiedenen Stücke, aus denen dieses sich zusammensetzt, können mit Leichtigkeit auseinandergenommen, gereinigt und desinficirt werden. Der Handgriff ist loszuschrauben, so dass, wenn man eine Reihe von Messern braucht (und es scheint wünschenswerth mindestens 2 verschiedener Grösse zu haben), sie alle dem einen Griff angepasst werden können. Es kamen nur gewisse Fälle vor, die vielleicht die Ausnahme bilden, in denen das Instrument ganz besonders anwendbar war. Es

waren dies Fälle, in denen die Geschwulst eine beträchtliche Grösse erreicht hatte und hauptsächlich am Rachendache lag. Reste der Geschwulst konnten mit dem Nagel, mit einer geeigneten Curette oder der Zange fortgekratzt werden.

LEFFERTS.

45) **Luc. Unvollständige Operationen adenoider Vegetationen. (Des opérations incomplètes de végétations adénoides.)** *Arch. de Laryng. April 1889.*

Adenoide Vegetationen, die mit dem Instrument bei der Operation einfach angeschnitten wurden, schwellen einige Tage nach der Operation an und erwecken den Schein eines Recidivs, wie das schon Chatellier bemerkt hat. Um diese Unanehmlichkeit zu vermeiden, lässt Verf. der Operation wenige Tage später eine Kauterisation mit dem Galvanocauter folgen. E. J. MOURE.

46) **J. Solis-Cohen** (Philadelphia). **Vergrösserung der Rachentonsille bei alten Leuten. (Enlarged pharyngeal tonsil in the aged.)** *Journal of Laryngology. Febr. 1889.*

Klinischer Bericht über das Vorkommen dieses Zustandes bei einer 70jährigen Dame, die wegen Schwellung der Schilddrüse in Behandlung stand.

MACKENZIE-JOHNSTON.

47) **Luc. Bemerkungen über einen Fall von Tuberculose des Nasenrachenraums. (Note sur un cas de tuberculose naso-pharyngienne.)** *Arch. de Laryngol. etc. No. 1. Febr. 1889.*

Es handelt sich um einen Kranken, der in Rachen und Nase (untere Muschel) Ulcerationen tuberculöser Natur darbot. Die Rachengeschwüre heilten unter dem Einfluss von Ausschabung und von Cauterisationen. Verf. ist Anhänger einer chirurgischen Behandlung, die sogleich nach dem Erscheinen von Veränderungen dieser Art vorgenommen werden soll. E. J. MOURE.

## c. Mundrachenhöhle.

48) **d'Urso** (Neapel). **Neue Untersuchungen über das Eleidin in der Zunge und den Zungenepitheliomen. (Nuove ricerche sulla eleidina nella lingua e negli epiteliomi linguali.)** VI. Versammlung der Ital. Chir. Gesellschaft in: *La Riforma Medica an V. No. 98. 1889.*

Der Verf. hat sorgfältige mikro-chemische Untersuchungen angestellt; er glaubt, dass das Eleidin sich aus dem Nuclein durch einen besonderen regressiven Process bildet, analog der Flemming'schen Chromatolyse. F. CARDONE.

49) **Feré. Ueber die Bewegungen der Zunge. (Sur les mouvements de la langue.)** Soc. de biolog. du 18. April in: *Bulletin Med. 17. April 1889.*

Störungen der Zungenbewegung begleiten häufig die Articulationsstörungen. Verf. erwies in einigen Fällen von hysterischer Lähmung eine verminderte Widerstandskraft der Zunge gegen Druck. E. J. MOURE.

50) **Angel Money** (London). **Functionelle (rachitische?) Lähmung bei Kindern mit Bemerkungen über „Erregbarkeit der Zunge". (Functional [? Rickety] infantile palsy with a note on „lingual irritability".)** *Brit. Med. Journ. 12. Jan. 1889.*

M. sucht die Aufmerksamkeit auf eine Reihe wichtiger, aber noch dunkler Fälle zu lenken, in denen anatomische Veränderungen bei der Section nicht zu finden waren — das erste Symptom in denselben scheint ein Anfall von Laryngismus stridulus zu sein, dem ein allgemeiner Schwächezustand in den Beinen, am Rücken und Halse folgt. Keiner dieser Muskeln reagirt auf starken faradischen Strom. Dagegen besteht stets eine ausgesprochene Erregbarkeit der Zunge und des Gesichts. Alle diese Fälle betrafen Kinder. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

51) **Frederick J. Leviseur. Schwarze Zunge. (Black tongue.)** *N. Y. Med. Journ. 12. Januar 1889.*

Ein Fleck, der aussah, als ob die Stelle mit kurzem schwarzem Haar oder Wolle bedeckt war, lag in der Mitte der Zunge, ein wenig nach rechts sich ausbreitend, von unregelmässiger Gestalt, etwa 1 Zoll lang und $^{3}/_{4}$ Zoll breit, mit der Basis nach der Zungenwurzel hin. Ein wenig von der schwarzen Masse wurde mit der gebogenen Scheere entfernt und unter dem Mikroskop untersucht. Es bestand aus enorm verlängerten Papillae filiformes, bedeckt von hypertrophischen Epithelialzellen, die einander locker überlagerten, nicht unähnlich einer Aehre, deren Körner herausgenommen worden sind. Das ungefärbte Präparat hatte eine diffuse sepia-braune Farbe, die Epithelien waren immer dunkler gefärbt, als das darunter liegende Bindegewebe. LEFFERTS.

52) **F. J. Leviseur. Schwarze Zunge. (Black tongue.)** *The Post-Graduate N. Y. April 1889.*

Die Krankheit ist charakterisirt durch eine enorme Hypertrophie der Papillae filiformes und ihrer epithelialen Bedeckung und durch eine graulichschwarze Verfärbung, die durch eine Pigmentanhäufung an der Zungenoberfläche bedingt ist. Sie tritt im Allgemeinen in Flecken auf. Die Affection ist eine rein lokale, ohne ernste Bedeutung, die einzigen Symptome sind ein Gefühl von Trockenheit im Munde und die Verfärbung.

Die Dauer variirt von 10 Tagen bis zu 20 Jahren, auch tritt die Krankheit intermittirend auf.

Es wird über einen Fall berichtet, in dem der Patient zu gleicher Zeit mit secundärer Syphilis behaftet war. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

53) **Hallopeau. Glossitis exfoliativa und Eczem am Zungenrande. (Glossite exfoliatrice marginée, eczéma marginé de la langue.)** *L'Union med. 14. März 1889.*

Verf. beschreibt die Erkrankung und empfiehlt als Therapie eine geeignete Allgemeinbehandlung, ferner Mundausspülungen mit einer lauwarmen Lösung von Borsäure und Natron bicarbonicum ana 1 oder 2 : 1000. E. J. MOURE.

54) **W. Peyre Porcher. Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *Philad. Med. News. 16. März 1889.*

In einem Falle zeigte die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel zwei Gewebsmassen, die gerade über der Reihe der Papillae circumvallatae lagen und sich vom Zungengrunde hinter die Epiglottis fast bis zum Ende der Zungenwölbung erstreckten. Jeder Tumor hatte etwa die Grösse der 1. Phalanx des Zeigefingers, zwischen beiden lag eine tiefe Rinne. Es bestanden nur sehr geringe Zeichen von Entzündung oder Varicositäten. Der eine Tumor wurde vollständig mit Mackenzie's Tonsillotom entfernt, ebenso ein Theil des anderen. Die Patientin hat sich seitdem sehr viel wohler befunden. LEFFERTS.

55) **F. J. Paul** (Liverpool.) **Tuberculöses Geschwür der Zunge. (Tubercular ulcer of the tongue.)** *Liverpool Med. Chir. Journ. Jan. 1889.*

Ein Fall, in dem auch Kehlkopf- und Lungenphthise vorlag.

P. Mc BRIDE.

56) **William T. Bull. Ein Fall von primärer Tuberculose der Zunge. — Vorstellung des Kranken 3 Jahre nach der Totalexstirpation nach Kocher's Methode. (A case of primary tuberculosis of the tongue — presentation of the patient three years after total extirpation by Kocher's method.)** *N. Y. Med. Record. 19. Jan. 1889.*

Der 30jährige Mann hatte seit 6 Monaten an einem Geschwür ganz am Grunde der Zunge gelitten, das zu profuser Salivation Anlass gab, grosse Schmerzen beim Schlucken erzeugte und mit einer ernstlichen Abnahme der allgemeinen Gesundheit einherging. Lungen und Kehlkopf waren gesund. Eine harte Drüse, in der Grösse einer Rosskastanie, lag unter dem Kieferaste. Das Geschwür hatte indurirte Ränder und einen zerfallenden Grund. Seine Lage war so weit nach hinten, dass es nur mit dem Spiegel gesehen werden konnte. Bei der Operation wurde die vorerwähnte Drüse zusammen mit den submaxillaren und lingualen Drüsen entfernt; die Muskeln der Zunge wurden in einer Höhe mit dem Zungenbein durchschnitten. Die Wunde heilte ohne Complicationen in 6 Wochen. Der Allgemeinzustand des Pat. besserte sich rapide.

Eine mikroskopische Untersuchung um die Zeit der Operation liess keinen Zweifel an der tuberculösen Natur der Krankheit.

Gegenwärtig bietet der Fall mehrere interessante und lehrreiche Züge dar.

1. Durch eine radicale Operation wurde der Mann von einer Krankheit gerettet, die in ihrem Verlauf genau so destruirend ist wie der Krebs.
2. Trotz des Verlustes des gesammten Organs ist er im Stande genügend deutlich zu sprechen und fähig, seinen täglichen Geschäften nachzugehen, ohne die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken.
3. Seine Geschmacksempfindung ist positiv ebenso fein, wie sie früher war.

LEFFERTS.

57) **Vidal. Schankerinfection der Zunge. (Chancre infectant de la langue.)** *Ann. de dermat. et de syphilis. 25. März 1889.*

Harter Schanker an der Zungenspitze, 6 Wochen nach der Ansteckung eintretend und von enormer Geschwulst der Submaxillardrüsen begleitet.

E. J. MOURE.

58) **Wheeler. Syphilis und Krebs der Zunge. (Syphilis et cancer de la langue.)** *Le Bulletin méd. 24. Febr. 1889.*

Bei einem entschieden syphilitischen Pat. entwickelte sich ein Gumma der Zunge, das nie mehr vollständig schwand und sich bald in ein Epitheliom umbildete, das der Autor entfernt hat. Derselbe empfiehlt, syphilitische Geschwülste, die der Behandlung widerstehen, zu entfernen, um ihrer Umbildung in maligne Geschwülste vorzubeugen. E. J. MOURE.

59) **Fagan. Excision der halben Zunge. (Excision of half the tongue.)** North of Ireland Branch der Brit. Med. Assoc. *Brit. Med. Journ. 18. Mai 1889.*

F. stellte einen Pat. vor, dem er wegen eines Epitheliom nahe der Zungenwurzel die halbe Zunge nach Unterbindung der Art. lingualis excidirt hat.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

60) **S. Cecchini** (Modena). **Amputation der Zunge mit voraufgehender Unterbindung der Art. linguales am Halse. (Amputatione di lingua, previa allaciatura delle arterie linguali al collo.)** *La Rassegna di sc. med. Mai 1889.*

Es handelte sich um ein Epitheliom der Zunge. Die Operation führte zur Heilung. CARDONE.

61) **J. E. Summers. Amputation der Zunge. (Amputation of the tongue.)** *Omaha Clinic. Februar 1889.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

62) **Pathologische und klinische Gesellschaft zu Glasgow. Bericht des zur Untersuchung eines Präparates von Zungenkrebs, das in der Novembersitzung der Gesellschaft von Dr. Henry Rutherford gezeigt wurde, eingesetzten Comités. (Report of the committee appointed to examine the sections of a cancer of the tongue shown at the november meeting of the society by Mr. Henry Rutherford M. B.)** *Glasgow Med. Journ. Febr. 1889.*

Die fragliche Geschwulst wurde als ein penetrirendes Epitheliom befunden; eine Untersuchung der tieferen Theile allein würde ihren Ursprung von der Oberfläche aus nicht nachgewiesen haben. P. Mc BRIDE.

63) **Richard Barwell** (London). **Krebs der Zunge und Entfernung derselben. (Cancer of the tongue and its removal.)** *Brit. Med. Journ. 30. März 1889.*

Der Artikel ist ein Theil eines Vortrages für Aerzte, der im Charing Cross Hospital gehalten wurde; er beschäftigt sich hauptsächlich mit des Autors Methode der Excision der Zunge. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

64) **Wheeler** (Dublin). **Geschwulst der Zunge. (Tumour of the tongue.)** *Dublin Journal of Med. Science. Febr. 1889.*

Nichts von besonderem Interesse; das Präparat wurde demonstrirt.

P. Mc BRIDE.

65) **Hers** (Oud Beierland). **Fall von halbseitiger Zungenatrophie. (Een Geval van halfzijdige Atrophie van de Tong.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Vortrag in der Octobersitzung der „Zuid Hollandsche Eilanden Med. Gesellsch.“; wurde schon in diesem Blatte darüber berichtet. BAYER.

66) **Vergely. Syncope und Convulsionen in Folge von forcirtem Niederdrücken der Zunge. (Syncope et convulsions provoquées par l'abaissement forcé de la langue.)** Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux in: *Journ. de méd. et de chir. de Bordeaux. 10. März 1889.*

Das im Titel beschriebene Ereigniss passirte bei einem Knaben, der an leichtem Laryngismus stridulus litt.

Moure bemerkt in der Discussion: zur Vermeidung dieses Zufalles solle man die Zunge während der Exspiration und vorzugsweise mit Hilfe des Fingers herunterdrücken. E. J. MOURE.

67) **J. L. W. Silk** (London). **Anästhetische Apnoe und ihre Behandlung. — Eine klinische Studie. (Anaesthetic apnoea and its correction; a clinical study.)** *Lancet. 16. Febr. 1889.*

S. vertheidigt die gewöhnlich geübte Hervorziehung der Zunge bei Apnoe im Gegensatz zu den kürzlich von Howard geäusserten Anschauungen. (Vergl. Centralbl. VI., 5, Referate 93—95.) B. MACKENZIE-JOHNSTON.

68) **J. D. Osborne. Ein Zungenherabdrücker und Insufflator. (A tongue-depressor and insufflator.)** *N. Y. Medical Record. 30. März 1889.*

Der Apparat ist eine Combination von Herabdrücker und Zurückzieher der Zunge und Insufflator; er besteht aus einer Röhre, 8 oder 10 Zoll lang, an der ein umgekehrt löffelförmiger Herabdrücker befestigt ist, der ein wenig auf die Fläche gekrümmt oder umgeschlagen ist. Das Ende der Röhre, das den Löffel bedeckt, ist abgeflacht und in der Mitte eingedrückt, um das medicamentöse Pulver seitlich auf die Tonsillen sowohl, als direkt von vorn in den Rachen zu richten. LEFFERTS.

69) **Foulis** (Edinburgh). **Verbesserter Zungendrücker. (Improved Glosso-tilt.)** *Edinburgh Med. Journ. April 1889.*

Instrument, um die Zungenbasis und die Epiglottis nach vorwärts zu bringen. P. Mc BRIDE.

70) **Alfred Hinde. Ein neuer Zurückzieher des Gaumens. (A new palate-retractor.)** *N. Y. Medical Record. 30. März 1889.*

Derselbe besteht aus einem 3 Zoll langen Handgriff und einem Stiel von 5 Zoll Länge, der in ein gleichseitiges Dreieck, dessen Seite $^1/_2$ Zoll lang ist, endigt. Der dreieckige Theil ist gegen den Schaft in einem Winkel von 75—80° gekrümmt. LEFFERTS.

71) **J. Dionisio** (Turin). **Gaumenhaken und Herabdrücker für die Zunge. (Uncino palatino ed abbassa-lingua.)** *Giornale de l'Acad. méd. de Turin. Januar 1889.*

Ein Instrument, das zu gleicher Zeit zum Herabdrücken der Zunge, zum Hervorziehen des Gaumensegels und zur Stütze des Zäpfchens dient. Es kann vom Arzte oder vom Patienten selbst mit einer Hand in situ erhalten werden. CARDONE.

72) **C. A. Hayman** (Bristol). **Künstliche Wange, Auge und Gaumen. (An artificiat cheek, eye and palate.)** *Brit. Med. Journ. 26. Jan. 1889.*

Eine Abbildung veranschaulicht die wunderbare Veränderung im Aussehen des Pat. durch einen Apparat, der dazu diente, die von Henry Morris wegen eines ausgebreiteten Sarkoms entfernten Theile zu ersetzen.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

73) **Otté. Palatum fissum congenitum.** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Verf. stellt am 8. März in der Arnheimer Med. Gesellschaft einen Patienten vor mit Palatum fissum und bespricht dabei die Therapie im Allgemeinen und den Nutzen von Obturatoren im Besonderen. BAYER.

74) **J. Herbert Claiborne. Papillom im Schlunde. (Papilloma in the Fauces.)** *N.Y. Med. Journ. 16. Febr. 1889.*

Bericht über einen Fall. LEFFERTS.

75) **S. Marano. Ein Fall von phlegmonöser Amygdalitis. (Un caso die tonsillite flemmonosa.)** *Riforma medica. März 1889.*

Ein Resumé über eine klinische Vorlesung des Prof. Massei.

CARDONE.

76) **M. Bilhaut. Deformität des Thorax im Zusammenhang mit Hypertrophie der Mandeln. (Déformation du thorax se rattachant à l'hypertrophie des amygdales.)** *Annales d'orthopédie etc. 15. März 1889.*

Nichts Neues; der Autor wiederholt, was er bereits an anderer Stelle gesagt hat. E. J. MOURE.

77) **Bilhaut. Behandlung der Mandelschwellung durch Incision und durch Ignipunctur. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'incision et par l'ignipuncture.)** *Annales d'orthopédie etc. 1. April 1889.*

Verf. deckt die Nachtheile der Amygdalotomie auf und giebt wenigstens bei Erwachsenen der Cauterisation mit dem Glüheisen den Vorzug. E. J. MOURE.

78) **B. M. Behrens. 127 Tonsillotomien. (127 Tonsillotomies.)** *Western Med. Reporter. Januar 1889.*

Mit Ausnahme von 4 Fällen, in denen eine Blutung eintrat und die weitere Operation verschoben wurde, sind beide Tonsillen entfernt worden. In vier Fällen traten ziemlich ernste Blutungen ein; sie wurden gestillt in zweien durch Gurgeln mit Eiswasser, im dritten mit dem Thermocauter, im vierten stand sie

von selbst. In 3 Fällen von Diphtherie wurden die fleckweise mit Membranen bedeckten Tonsillen excidirt, die Patienten genasen vollständig. B. räth dieses Vorgehen an, sobald die Umstände es möglich machen; er hält die Operation im Allgemeinen für eine Präventivmaassregel, besonders bei Epidemien von Diphtherie. W J. SWIFT (LEFFERTS).

79) **Vidal. Schanker der linken Mandel bei der Frau, Schanker der rechten Zungenseite bei dem Gatten. (Chancre de l'amygdale gauche chez la femme, chancre de la langue à droite chez le mari.)** *Ann. de dermat. et de syphilis. 25. Mai 1889.*

Verf. betont die Wichtigkeit der Erkrankung der tiefen Drüsen für die Diagnose der Affection. — Der Schanker des Mannes war der Zeit nach der frühere. E. J. MOURE.

80) **Ed. Juhel Renoy. Syphilitische Gummata der Mandeln. (Des gommes syphilitiques de l'amygdale.)** *Arch. de Laryng. etc. Juni 1889.*

Verf. berichtet über zwei einschlägige Beobachtungen. Er betont die diagnostische Schwierigkeit, die dadurch gegeben ist, dass die Affection sich unter dem Bilde einer Angina, einer diphtheritischen oder scarlatinösen Erkrankung darstellt und Charaktere einer so lebhaften Reaction aufweist, wie man sie gewöhnlich bei syphilitischen Erscheinungen nicht antrifft. E. J. MOURE.

81) **G. Morgan** (Bishopwearmouth). **Papillom der Tonsille. (Papilloma of Tonsil.)** *Brit. Med. Journ. 9. März 1889.*

Der Patient wurde in der Sunderland and North Durham Medical Society vorgestellt. MACKENZIE-JOHNSTON.

82) **D. W. Cheever. Sarcom der Tonsille. — Excision. (Sarcoma of the tonsil — excision.)** *Phil. Med. News. 25. Mai 1889.*

In dem berichteten Falle reichte die linke Tonsille nahe bis an das Zäpfchen und hatte etwa die Grösse eines Hühnereies. An der linken Seite des Halses waren zwei Drüsen fühlbar, jede kastaniengross. — Die Operation wurde unter Aethernarkose an dem sitzenden Pat. ausgeführt. Eine Drüse vor und eine seitlich vom Sternocleidomastoideus wurde entfernt. Der erste Schnitt war ein halbmondförmiger mit der Concavität nach oben, er hielt die Grenzen des vom Musc. digastricus gebildeten Dreiecks inne. Darauf wurde ein zweiter Schnitt über den Unterkiefer senkrecht auf die Mitte des vorigen geführt. Nun wurde der Musc. mylohyoideus durchschnitten und die anderen Theile nach einer Seite gedrängt. Darauf wurde der Unterkiefer vor dem Masseter durchsägt. Der Tumor wurde durch den in den Mund gesteckten Finger nach aussen gedrängt, man fand ihn mit einer zarten Kapsel bedeckt. Bei der Punction entleerte sich eine weiche Masse. Der Tumor und die Kapsel liessen sich ohne grosse Schwierigkeit entfernen. Eine Blutung trat nicht ein; die Art. facialis und die Vena jugularis externa waren die einzigen unterbundenen Gefässe. Die Wunde im Pharynx wurde nicht genäht. Der Kiefer wurde mit Draht vereinigt, die äussere Wunde in der Haut wurde theilweise geschlossen, mit 2procentiger Borsäurelösung gewaschen und mit Borgaze tamponirt. Der Verband wurde täglich gewechselt.

Die Heilung erfolgte sehr schnell ohne jede Störung. Am 30. Tage wurde der Draht entfernt, und der Unterkiefer war fest vereinigt. — Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Geschwulst ein Rundzellensarkom war. — 4 Monate später wurde eine zweite Operation wegen eines Tumors an derselben Seite des Halses vorgenommen. Der Rachen, überhaupt der innere Hals war gesund geblieben. Eine erhebliche drüsige Masse wurde aus dem vorderen Trigonum caroticum entfernt. Auch diese Geschwulst erwies sich als Rundzellensarkom. — In der Discussion, die sich anschloss, wurden von verschiedenen Rednern mehrere hierhergehörige Fälle mitgetheilt. LEFFERTS.

83) **W. M. Gray** (Washington). **Alveolarsarcom der Tonsille. (Alveolar Sarcoma of tonsil.)** *Internat. Journ. of the Med. Sciences. Febr. 1889.*

Die Geschwulst begann als einfache Schwellung der Mandel, die bald vereiterte. Ein behufs mikroskopischer Untersuchung entferntes Stückchen zeigte die Structur eines Alveolarsarkoms, die Rundzellen lagen doppelt so dicht, als die normalen lymphoiden Zellen der Tonsille. Die Section wurde nicht gestattet.

P. M'BRIDE.

84) **J. W. Gleitsman. Hyperplasie des lymphatischen Apparates im Rachen und Nasenrachenraum. (Hyperplasia of the lymphatic tissue of the pharynx and nasopharynx.)** *Philad. Med. News. 19. Jan. 1889.*

Der Artikel, der für den allgemeinen Praktiker geschrieben ist, bietet dem Specialisten nichts Neues; der Autor hat die 3 Regionen ausgewählt, in denen die Hypertrophie am Häufigsten beobachtet ist, nämlich den Nasenrachenraum mit der Rachentonsille; den Pharynx mit der Gaumentonsille; und das lymphatische Gewebe am Zungengrunde, das man auch als Zungentonsille bezeichnet. G. verweilt ziemlich ausführlich bei der Rachen- und Zungentonsille, auf die Hypertrophie der Gaumentonsille, die jedem Praktiker so vertraut ist, geht er nur kurz ein. LEFFERTS.

## d. Diphtheritis und Croup.

85) **B. K. Rashford. Die Aetiologie der Diphtherie. (The etiology of diphtheria.)** *Philad. Med. News. 2. Febr. 1889.*

Die Ergebnisse der R.'schen Abhandlung lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Die Diphtherie ist eine rein örtliche Erkrankung.
2. Sie wird durch einen von aussen stammenden Parasiten hervorgebracht.
3. Dieser Parasit ist, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch de facto, ein Luftbewohner.
4. Die Allgemeinsymptome sind bedingt durch Aufnahme giftiger Stoffe, nämlich der Ptomaine, vom Orte der localen Läsion.
5. Die Veränderungen, die das Blut und die Gewebe betreffen, einschliesslich der späteren nervösen Erscheinungen, sind auf directe oder indirecte Wirkung der Ptomaine zurückzuführen.

6. Die Krankheit hat kein latentes Stadium; ein zweiter und dritter Anfall sind durch Reinfection bedingt.
7. Eine einmalige Attaque gewährt eine zum Mindesten zeitweilige Immunität.
8. Sobald die begrenzte Zeit der Immunität um ist, kann die voraufgegangene Erkrankung als prädisponirendes Moment für neue Anfälle in Frage kommen, wenn die erste Attaque die Halsschleimhaut in einem gereizten und entzündeten Zustand zurückgelassen hat. Besonders gilt dies für scrophulöse Individuen.
9. Complicationen können dadurch entstehen, dass septische Keime in den Körper eindringen.

Wenn diese 9 Sätze die thatsächlichen Verhältnisse bezüglich der Aetiologie der Diphtheritis treffen, dann müssen sie uns für die Behandlung der Krankheit von ausserordentlicher Bedeutung sein.

Die folgenden Behandlungsregeln lassen sich auf diese Voraussetzungen gründen:

1. Man löse die Membran, wo möglich, ab und irrigire umfassend und oft die ergriffene Partie mit antiseptischer Lösung, in der doppelten Absicht, die giftigen Alkaloide fortzuspülen und zweitens das Wachsthum der Parasiten zu verlangsamen.
2. Bei Wunddiphtherie und an anderen Stellen, wo es ausführbar ist, lasse man auf die gründliche Irrigation einen Verband folgen, der die äussere Luft fernhält. Letzteres wegen des aëroben Charakters der Krankheitskeime.
3. Wir sollten versuchen, den Körper von den giftigen Alkaloiden zu befreien; dazu dient ein mildes Purgiren, Anregung der Diurese und Diaphorese durch Mittel, die die Herzaction nicht herabsetzen.
4. Wir sollten suchen, die hemmende Wirkung dieses Giftes auf das Herz und andere Organe durch reichliche Stimulantien auszugleichen.
5. Ebenso sollten wir der Verschlechterung des Blutes durch energische Anwendung des grossen Blutverbesserers, des Eisens, zu begegnen suchen.
6. Wir sollten die Luft des Krankenzimmers so aseptisch als möglich machen, um dem adventitionellen Eindringen septischer Keime vorzubeugen.
7. Chronischer Drüsenschwellung oder sonst einer localen Erkrankung im oder am Halse als Ueberrest einer Diphtheritis muss die grösstmöglichste Beachtung zu Theil werden; sie sind, womöglich, ganz auszuheilen, ehe man den Pat. aus der Behandlung entlässt. Wo sich dies nicht thun lässt, ist der Pat. zu warnen, dass er sich nicht einer erneuten Ansteckung aussetzen darf.
8. Bis 2 Monate nach der Attaque entlasse man den Pat. nicht ganz aus der Beobachtung; während dieser ganzen Zeit unterstütze man durch kräftige und zweckmässige Ernährung die Natur in dem Bestreben, Blut und Gewebe wieder auf ihren normalen Stand zu bringen, damit

sie den degenerativen Processen in den Nerven, die den Nachlähmungen zu Grunde liegen, widerstehen können.

9. Eine ernstliche Exacerbation der Symptome in irgend einer Form von Ulceration oder Catarrh des Magens oder der Därme bei einem Patienten, der diphtheritischer Infection ausgesetzt gewesen ist, sollte in uns stets den Verdacht auf Diphtherie dieser Theile erwecken und zu einer entsprechenden Behandlung Anlass geben. LEFFERTS.

86) **T. Mitchell Prudden. Ueber die Aetiologie der Diphtherie. — Eine Experimentalstudie. (On the Etiology of diphtheria. — An experimental study.)** *American Journ. Med. Sciences. April-Mai 1889.*

Am Schlusse seiner mit grösster Sorgfalt gearbeiteten und werthvollen Abhandlung (der Illustrationen beigegeben sind) sagt der Verf.: „Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, irgend welche Details für die Behandlung der Diphtherie beizubringen. Aber einige Punkte möchte ich doch nachdrücklich betonen: Erstens, das beigebrachte Material führte uns zu der Ueberzeugung, dass der Krankheitskeim zuerst am Sitz der localen Veränderungen seinen Nährboden findet, er übt seine Allgemeinwirkungen weithin auf den Körper aus, indem er local ein Ptomain producirt, das resorbirt wird. — Zweitens, der Keim wird durch gewisse, gewöhnlich zur Anwendung gezogene keimtödtende Mittel angegriffen. — Drittens, dies berechtigt, keimwidrige Mittel in Mund und Hals von Individuen, die für die Infection disponirt sind, anwenden zu lassen." — Man sieht, dass die unmittelbaren praktischen Ergebnisse dieser Studien, soweit die Behandlung dabei in Betracht gezogen ist, mehr den Werth der localen antiseptischen Methoden bestätigen und die Ziele, die wir durch sie zu erreichen hoffen können, präcisiren, als etwas Neues anempfehlen. LEFFERTS.

87) **J. J. Conner. Aetiologie und Behandlung der Diphtheritis. (Etiology and treatment of diphtheria.)** *Med. Bulletin. April und Juni 1889.*

Nichts besonders Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **Tause. Die Naturgeschichte des Diphtheritispilzes und des ihm verwandten Scharlachpilzes.** Dresden, Pierson. 1889.

P. sucht den Nachweis zu liefern, dass auf den kranken Blättern der in der Elbniederung wachsenden Weide eine Mucorart schmaroze, dessen Sporen identisch seien mit dem scheinbar von der Wissenschaft abgethanenen Mikrococcus diphtheriticus. Wohlmeinende Leser mögen diese Aufgabe als gelöst betrachten, uns kann trotz der mit Fleiss ausgeführten Untersuchungen das Gebotene nicht genügen, um uns zur Anschauung des Verfassers zu bekehren. SEIFERT.

89) **Barbier. Untersuchungen über den Bacillus der Diphtherie. (Étude sur le bacille de la diphthérie.)** Soc. clin. de Paris in: *La France méd. 27. April 1889.*

Verf. hat in Fällen von septischer Diphtheritis bakteriologische Untersuchungen des Blutes ohne Erfolg angestellt. E. J. MOURE.

90) **Roux und Yersin. Der Mikroorganismus und das Gift der Diphtherie. (Le microbe et le poison de la diphthérie.)** *Le Bulletin méd. 6. Jan. 1889.*

Studie über die Specificität des Klebs'schen Bacillus für die Diphtherie und über das diphtheritische Virus. E. J. MOURE.

91) **C. W. Earle. Das Contagium der Diphtherie und ihre Controle durch die städtische Verwaltung. (The contagion of diphtheria and its municipal control.)** *Arch. of Pediatric. Philad. Mai 1889.*

Die Diphtherie sollte allgemein als contagiöse Krankheit betrachtet werden, die Sanitätsbehörden müssten nach jedem Falle sehen und für geeignete Desinfection Sorge tragen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **Hauser. Die Diphtheritis in Madrid. (La diphthérie à Madrid.)** Congrès Internat. d'hygiène. Paris 1889.

Die Infection verbreitete sich nach Ansicht des Vortragenden nicht durch Wasser, sondern durch den Boden. E. J. MOURE.

93) **Hoël** (Reims). **Enquete über die Todesfälle an Diphtheritis in Reims seit dem Jahre 1881. (Enquête sur les décès de la diphthérie à Reims depuis 1881.)** Congrès Internat. d'hygiène. Paris 1889.

Eine statistische Studie. E. J. MOURE.

94) **Van Vollenhoven. Angina diphtheritica. — Auszug aus den beiden fünfjährigen Uebersichten. Vergleichende Betrachtungen über die Sterbeliste in Holland von 1875 bis 1885. (Twee vijfjerige Overzichten. Vergelijkende beschouwing van de sterfte in Nederland van 1875 tot 1885.)** *Weekbl. van Het Nederland. Tijdschr. voor Geneesk. II. Theil. No. 19. 1889.*

Die Statistik ergiebt eine belangreiche Vermehrung von Ang. diphth. Der Antheil an Todesfällen ist im zweiten Zeitraum um 31 pCt. grösser als in den Jahren von 1875—1880. Im Jahre 1870 hatte die Diphtheritis ihren höchsten Standpunkt erreicht mit 19,5 auf 100000 Einwohner; dann war sie im Abnehmen bis 1879, wo sie bis auf 6,4 pCt. auf 100000 Einwohner herabgesunken war; dann ging sie wieder in die Höhe, um 1886 18,8 pCt. auf 100000 Einw. zu erreichen. Dann ging sie wieder im Jahre 1887 auf 15,8 pCt zurück.

BAYER.

95) **M. Bourdeaux. Diphtheritis. — Mittheilung über die in der Armeepupillenschule von Alost beobachteten Fälle von Diphtheritis. (Note sur les cas d'angine diphtéritique observés à l'école des pupilles de l'armée, à Alost.)** *Arch. Méd. Belges. Jan. 1889.*

Die ersten Fälle wurden im November 1886 beobachtet, seither kamen unter den Schülern 20 Fälle vor, welche der Verf. bespricht, worauf er dann noch das Krankheitsbild und die reiche Diptheritistherapie im Allgemeinen wiedergiebt, ohne jedoch etwas Neues zu bringen.

Im Gegentheil werden Croup und Diphtherie in einen Topf zusammengeworfen. BAYER.

96) **Bostock Hill** (Birmingham). **Die Verhütung der Diphtherie. (Prevention of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 20. April 1889.*

Vortrag, gehalten in der Birmingham- und Midland-Abtheilung der Gesellschaft der Sanitätsbeamten.

H. hält dafür, dass jeder Fall von Halserkrankung streng vom Schulbesuche ausgeschlossen sei, damit die Verbreitung von Diphtherie verhütet wird.

An der sich anschliessenden Discussion betheiligten sich Dr. Hollingshead, Underhill u. A. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

97) **Charles Storer. Städtische Controle der Diphtherie. (The municipal control of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 9. Febr. 1889.*

Obgleich die Existenz eines specifischen Mikroben der Diphtherie noch nicht sichergestellt ist, muss der Sanitätsbeamte diese Krankheit doch als eine specifische infectiöse und contagiöse behandeln. Der Plan einer städtischen Controle, der bis zu einem gewissen Grade in Amsterdam, New-York u. a. ausgeführt ist, besteht darin, die Aerzte mit Postkarten zu versehen, die sie zu Beginn eines jeden Krankheitsfalles mit der Meldung desselben zurücksenden. Die Eltern erhalten Belehrung über die allgemeine Natur der Erkrankung, über die Desinfection der Kleider, die Nothwendigkeit einer Isolirung u. s. w. Die städtische Behörde soll für reines Wasser Sorge tragen, ferner dafür, dass die Keller nicht durchgängig sind für Wasser, damit eine Infection der Kellerluft verhütet wird u. s. w. Die Schule war das grösste Centrum der Ansteckung. LEFFERTS.

98) **S. Romei. Klinischer Beitrag zur Kenntniss der chronischen Diphtherie und der Art der Verbreitung des diphtheritischen Keimes. (Contribuzione clinica alla difterite cronica ed al modo die propagazione del germe difterico.)** *Archivii ital. di Laringologia. Januar 1889.*

R. berichtet über 2 Fälle von chronischer Diphtherie. Im ersten dauerte die Infection 30 Monate (!) mit unablässiger Wiederbildung von Pseudomembranen an derselben Stelle und an anderen, mit Fieber während des ganzen Verlaufes. Im zweiten Falle zeigte die Infection sich chronisch, ohne Fieber, mit Pseudomembranen, die lange Zeit ohne Neubildung in kurzen Zwischenräumen bestanden. R. stellt Hypothesen zur Erklärung dieser Erscheinungen auf.

Betreffend die Art der Weiterverbreitung des Diphtheriekeimes erklärt R. nach seinen Beobachtungen während einer Epidemie, dass die Hühner die Hauptursache derselben sind: hierauf gründet er eine Reihe hygienischer Regeln.

Zur Behandlung schliesslich rühmt R. das Terpenthin, Sublimat, Kalkwasser u. a. m. CARDONE.

99) **Grancher. Die Krankheitsübertragung bei Masern und Diphtherie und ihre Verhütung durch die ärztliche Antiseptik. (La contagion nosocomiale de la rougeole et de la diphthérie et sa prophylaxie par l'antisepsie médicale.)** *L'Union méd. 23. Febr. 1889. Journ. de méd. April 1889.*

Die Uebertragung der Diphtherie scheint kaum durch die Luft stattzufinden. Die Isolirung der Kranken bringt erst dann Vortheil, wenn man die beständige

und sorgfältige Desinfection von Allem, was der Kranke berührt, und Allen, die den Kranken berührt haben, durchführt. E. J. MOURE.

100) Sevestre. **Ueber die Art der Uebertragung von Masern und Diphtherie. (Sur le mode de transmission de la rougeole et de la diphthérie.)** *Le Progrès méd. 2. März 1889, Gaz. des hôpit. 5. Februar und Bulletin méd. 24. Februar 1889.*

Der Autor bekennt sich zu Grancher's Theorie von der Uebertragung der Diphtherie durch die Gegenstände. E. J. MOURE.

101) Bouchut. **Uebertragungsweise der Diphtherie und Mittel diese Krankheit zu verhüten. (Des modes de contagion de la diphthérie et des moyens de prévenir cette maladie.)** *Paris méd. 9. März 1889.*

Verf. glaubt an die Uebertragung durch die Luft und räth geeignete antiseptische Einräucherungen, die in erträglicher Weise, ohne Jemandem zu schaden, herzurichten sind. E. J. MOURE.

102) Bard. **Die Bedingungen der Verbreitung der Diphtherie mit Beziehung auf die Epidemie in Oullins. (Des conditions de propagation de la diphthérie — Relation de l'épidémie d'Oullins.)** *Lyon médical. No. 6, 7, 8, 9, 10, 11. 1889.*

Verf. legt die verschiedenen Phasen der Epidemie von Oullins ausführlich dar und stellt eine kritische Prüfung aller Theorien, die über die Verbreitung der Krankheit gebildet sind, an. Er kommt zu dem Schluss, dass die Uebertragung auf Personen, die sich in einem Zustand der Receptivität befinden, die einzige wirklich erwiesene Thatsache ist. E. J. MOURE.

103) Carry. **Die Bedingungen der Verbreitung der Diphtherie. (Conditions de propagation de la diphthérie.)** Soc. de Sc. méd. de Lyon in: *Lyon médical. 14. April 1889.*

Der Autor ist Zeuge einer Diphtheritisepidemie gewesen und hat keine andere wahrscheinliche Ursache für dieselbe finden können, als einen Haufen von zerbrochenen Ziegelsteinen und Mauerschutt, der aus verschiedenen Wohnungen der Stadt stammte. Er betont die Nothwendigkeit der Isolirung und Desinfection. E. J. MOURE.

104) F. d'Ortensio. **Ueber die klinische Therapie der Diphtherie und die Pathogenese der post-diphtherischen Lähmungen. (Sulla terapia clinica della difterite e sulla patogenesi delle paralisi post-difteriche.)** *Rivista clinica e terap. März 1889.*

d'O. gebraucht in der ersten Zeit Pinselungen mit einer Lösung von Chloral und Glycerin (Chloral 2—3 Grm., Glycerin 15—20 Grm.), zu gleicher Zeit häufiges Gurgeln mit Kalkwasser und Kali chloricum; innerlich Natr. benzoicum (5—10 Grm. pro die) und kräftigende Ernährung (Bouillon, Milch, Eier, guter Wein etc.).

Was die Pathogenese der Lähmungen nach Diphtheritis anlangt, so gesteht d'O. eine Localisation des Krankheitskeimes im Rückenmark zwar zu, allein er

glaubt, dass nicht in allen Fällen eine Myelitis, sondern häufig nur eine einfache Reizung vorliegt. CARDONE.

105) **William H. Thayer. Angina und Pneumonie vor 1857 und nach dieser Zeit; mit Bemerkungen über die Pathologie der Diphtherie in ihren verschiedenen Stadien. (Angina and Pneumonia; before 1857 and since; with the pathology of diphtheria in its various phases.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Januar 1889.*

Die Arbeit bietet einen Beitrag zur Geschichte und Natur der Diphtherie; sie zeigt, dass diese, im Lichte mancher Beobachtungen der letzten Jahre als eine constitutionelle Krankheit angesehen werden muss, oft mit nur geringen Erscheinungen im Rachen, bisweilen selbst unter vollständigem Fehlen einer membranösen Exsudation, von der sich doch ihr Name ableitet. LEFFERTS.

106) **F. S. Johnson. Die Pathologie der Diphtherie. (Pathology of diphtheria.)** *Atlanta Med. and Surg. Journ. März 1889.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

107) **P. Le Gendre. Die Diphtheritis — ihre Natur, Prophylaxe und Behandlung. (La diphthérie — nature, prophylaxie, traitement.)** *L'Union méd. No. 69, 70. 1889.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

108) **J. O. Donohue. Die Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Bulletin. Juni 1889.*

Die klinischen Erscheinungen sprechen dafür, dass die Krankheit eine locale und ihr Virus specifischer Natur ist; niemals wird es de novo erzeugt. Locale Heilmittel sollten stets in der Form des Sprays zur Anwendung kommen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

109) **Calafato. Die Diphtheritis. (La difterite.)** Palermo 1889.

Klinische Betrachtungen. CARDONE.

110) **J. Preston. Die Diphtherie. (Diphtheria.)** *Texas Medical Journal. Mai 1889.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) **J. R. Powell. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Register. Philad. 12. Januar 1889.*

P. räth zur Darreichung von Spirituosen an den Kranken und an alle Mitglieder seiner Familie wegen deren physiologischer Wirksamkeit. Auch 0,0006 bis 0,001 Grm. Sublimat empfiehlt er für den Patienten zur Verhütung von Lähmungen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **J. A. de Armond. Die Diphtherie. (Diphtheria.)** *Medical Register, Philad. 2. März 1889.*

Verf. verwirft den Alkohol als Prophylacticum gegen Diphtheritis, weil derselbe 1) nicht nothwendig ist und 2) der Tendenz nach schädlich ist.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **Leitartikel der Lancet. Croup oder Diphtherie. (Croup or diphtheria.)** *Lancet. 6. April 1889.*

Der Leitartikel beschäftigt sich mit einem Bericht von Dr. Ballard an den Gesundheitsrath über eine Diphtheritisepidemie in Camelford. Es wird betont, dass mangels Uebereinstimmung in der Nomenclatur — ein Theil der Todesfälle wurde als Croup eingetragen, andere als Diphtheritis — die Ausdehnung der Epidemie lange Zeit nicht erkannt wurde. MACKENZIE JOHNSTON.

114) **W. G. Wilson. Der sogenannte membranöse Croup. (Membranous Croup — so called.)** *American Lancet. Febr. 1889.*

Trotz des Namens der Krankheit ist es oft unmöglich, die Gegenwart einer Membran zu erweisen. Der Zweck des Artikels ist, von der Vornahme der Tracheotomie zurückzuhalten. W. hat 10 sehr schwere Fälle gesehen, die bereits aufgegeben waren; die Eltern der Kinder verweigerten die Tracheotomie. 6 von diesen Fällen heilten. Wer darf sagen, dass er durch die Operation das Leben eines Patienten gerettet hat? Hätte man die Heilung der Natur überlassen, hätte es ebenso gut geworden sein können. Bei wahrem Croup besteht Congestion, Spasmus und Entzündung mit oder ohne Exsudation. Nur wenige Fälle von Diphtherie der Luftröhre werden durch die Tracheotomie gerettet, sie werden nur zeitweilig erleichtert; die Operation sollte nur selten vorgenommen werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) **F. A. Schmitt. Bericht über 5 Fälle von Diphtherie — mit Bemerkungen. (Report of 5 cases of diphtheria with remarks.)** *Texas Medical Journ. März 1889.*

S. hält die Diphtherie für eine Localerkrankung, die späterhin zur allgemeinen wird; das Gift findet einen günstigen Boden in den Schleimhäuten des Halses; erst wenn die Schranke des Epithels durchbrochen ist, treten constitutionelle Symptome auf. Die berichteten Fälle illustriren nach S.'s Meinung dies Verhalten und auch die Nothwendigkeit einer frühzeitigen Behandlung.

Die Therapie bestand in Darreichen von Eisen und Chinin; 2 Fälle starben, 3 wurden geheilt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **Van der Hagen. Sechs Fälle von Diphtheritis. (Zes gevallen van diphtheritis.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Novembersitzung der Medicinischen Gesellschaft in Hertogenbosch. Von den 6 Fällen verliefen 2 tödtlich. In einem Fall inficirte die Tochter, die starb, die Mutter und diese darauf ihr Söhnchen. BAYER.

117) **Guelpa. 3 Fälle von Diphtherie in derselben Familie. — Heilung. (Sur trois cas de diphthérie dans la même famille — guérison.)** *Le Bulletin méd. 28. April 1889.*

Verf. gebrauchte Irrigationen und Einstäubungen mit antiseptischen Mitteln; er ist Anhänger der rechtzeitig ausgeführten Tracheotomie. R. J. MOORE.

118) **A. Ballenghien. Diphtheritische Kehlkopfentzündung, complicirt mit secundärer couennöser Angina; Tracheotomie; Tod. — Demonstration der Prä-**

**parate. (Laryngite diphthéritique compliqée d'angine couenneuse secondaire; trachéotomie; mort; présentation des pièces.)** *Journ. des sc. méd. de Lille. 3. Mai 1889.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

119) **Carpentier. Drei Fälle von pseudomembranöser Laryngitis — Croup und Diphtherie — Tracheotomie. (Trois cas de laryngite pseudo-membraneuse — Croup et diphthérie — Trachéotomie.)** *Bulletin méd. du Nord. April 1889.*

Im ersten Falle handelt es sich um eine pseudomembranöse Laryngitis nach einem infectiösen Rheumatismus. In den beiden folgenden Fällen hat man es mit einer Diphtheritis mit ganz geringen infectiösen Symptomen zu thun.

E. J. MOURE.

120) **J. Bókai (Pest). Ein Fall von Rachendiphtheritis mit complicirtem Verlaufe.** Gesellschaft der Aerzte in Pest. 6. April. *Pester med.-chir. Presse. No. 15. 1889.*

Ein 8jähriger Knabe wurde wegen Rachen- und Kehlkopfdiphtheritis tracheotomirt. 9 Tage später traten Convulsionen und rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie auf, die B. auf Embolie der linken Art. fossae Sylvii zurückführte. Nach 38, 58 und 70 Tagen entstand eine croupöse Entzündung des unteren linken Lungenlappens, die immer wieder abheilte. Die Hemiplegie und Aphasie ging langsam zurück.

Navratil bemerkte hierzu, dass er nach Tracheotomien auftretende Entzündungen in Lunge oder Niere auf die Einwanderung von Bakterien zurückführen möchte. CHIARI.

121) **H. Jackson. Bemerkungen über 27 Fälle von Diphtherie, die vom 1. Juli 1888 bis zum 1. Januar 1889 zur Behandlung kamen. (Notes on 27 cases of diphtheria, occurring between July 1. 1888 and Jan. 1. 1889.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 14. März 1889.*

Als wichtig für ein frühes Stellen der Differentialdiagnose zwischen Diphtherie und folliculärer Entzündung der Tonsille fand sich, dass bei der Diphtherie:

1. die Temperatur gewöhnlich niedriger ist, oft normal;
2. die allgemeinen Symptome im Beginne weniger heftige sind;
3. die Drüsen am Halse stärker geschwollen und weicher sind.

In allen Fällen wurde die Diagnose auf Diphtheritis gestellt, sobald Pseudomembranen auf der Uvula oder an den Gaumenbögen sassen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **G. de Biase. Diphtheritisches Fieber ohne Diphtheritis, eine Infectionskrisis. (Della febbre difteritica senza difterite come crisi dell' infezione.)** *Rivista clinica e terapeut. Jan. 1889.*

Während einer 2 Jahre dauernden Diphtheritisepidemie hatte de B. Gelegenheit, klinische Beobachtungen von ausserordentlicher Wichtigkeit anzustellen.

Unter Anderem sah er mehrere Fälle von diphtherischer Infection ohne

Pseudomembranen, mit Lähmungen etc., und auch Fälle mit späten Lähmungen und ebenso spätem hohen Fieber.

Nach diesen Beobachtungen schliesst de B., dass:

1. die Lähmungen eine zweite Localisation der noch bestehenden Infection bedeuten (Localisation im Marke);
2. das Fieber ein diphtherisches ist, auch wo Pseudomembranen fehlen;
3. das Fieber eine Krisis der Infection bedeutet. die je nach der Widerstandskraft des befallenen Organismus einen mehr oder weniger günstigen Ausgang hat. CARDONE.

123) **R. Brower. Nervöse Folgeerscheinungen nach Diphtheritis. (Nervous sequelae of diphtheria.)** *New Orleans Med. and Surg. Journ. April 1889.*

Die Krankheitserscheinungen, die nach Diphtherie im Nervensystem sich zeigen, sind Lähmungen der motorischen und sensiblen Nerven, Chorea, Epilepsie und Geisteskrankheit. Lähmungen treten in etwa 40 pCt. auf, gewöhnlich nicht vor der 2. oder 3. Woche nach Verschwinden der Halssymptome; sie sind häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern. Die Lähmung beginnt im Velum palatinum. Die pathologische Anatomie der postdiphtherischen Lähmung ist noch unbekannt. Die Diagnose ist günstig, wenn die Paralyse nicht das Schlucken, die Respiration oder die Herzthätigkeit in Mitleidenschaft zieht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) **J. B. Stair. Schwerer Fall von diphtherischer Lähmung. (Fatal Case of diphtheritic paralysis.)** *N. Y. Med. Journ. 18. Mai 1889.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

125) **Proot. Paralyse nach Diphtheritis. (Paralysis na diphtheritis.)** *Weekbl. van het Neederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Guter Erfolg von Strychnininjectionen à $7^1/_2$ Mgrm. Mitgetheilt in der Medicinischen Gesellschaft zu Hertogenbosch. BAYER.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

126) **Luc. Ueber die diffuse fibröse Hypertrophie der Kehlkopfschleimhaut. — Ueber die Natur der bei Phthisikern beobachteten prae-arytaenoidealen Vegetationen. (De l'hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée — de la nature des végétations pré-aryténoidiennes observées chez les phthisiques.)** *Arch. de laryng. etc. No. 1. Febr. 1889.*

In Fällen von Laryngitis, wie bei Phthisikern beobachtet man auf den Stimmbändern und in der Regio arytaenoidea diffuse fibröse Hypertrophien; ihre Anwesenheit bei Tuberculösen genügt noch nicht, um die Gegenwart von Larynxtuberculose sicher zu stellen. E. J. MOURE.

127) **A. Trifiletti** (Neapel). **Beitrag zur Pathologie und Chirurgie der Regio hypoglottica des Kehlkopfes. (Contribuzione alla patalogia e chirurgia della regione ipoglottica della laringe.)** *Arch. italiani di laring. April 1889.*

Am Schluss sagt T.: „Häufig gehören die Störungen des Sprachorgans besonders der Regio hypoglottica an" und „Es ist die Untersuchung dieser Partie mit Sorgfalt vorzunehmen".

T. beschreibt die Theilnahme dieser Region an den verschiedenen pathologischen Processen des Kehlkopfs; er weist darauf hin, dass die Dimensionen, die Topographie und die Structur des subglottischen Raums es zur Genüge erklären, wenn in der Schleimhaut etc. dieser Region Schwellungen, Oedem, specifische Infiltration, Verdickungen der Oberfläche etc. etc. und in Folge dessen schwerere Störungen der Phonation und Respiration so leicht auftreten.

Eine praktische Arbeit, die sich auf sorgfältige Beobachtungen stützt.

CARDONE.

128) **C. Abate. Blutungen des Kehlkopfes. (Emorragie della laringe.)** *Arch. intern. di Laring. etc. Januar-April 1889.*

Unter Zugrundelegung einiger klinischer Fälle schliesst A.:

1. Die Entzündung ist fast immer nicht die entscheidende Ursache der Kehlkopfblutung.
2. Man muss annehmen, dass verschiedene anatomische und chemische Dyskrasien, ferner auch die Schwangerschaft und uterine Störungen wichtige pathogenetische Momente für die Kehlkopfblutung bilden.

Schliesslich folgen noch andere Betrachtungen und die gewöhnlichen Schlüsse. CARDONE.

129) **P. Masucci** (Neapel). **Reflexionen über einen Artikel über die Kehlkopfblutungen. (Riflessioni intorno ad un articolo sulle emorragie laringee.)** *Rassegna critica intern. April 1889.*

Anlässlich eines Artikels über: „Blutungen aus dem Kehlkopf" von Dr. Abate bemerkt M., dass Abate die Laryngitis haemorrhagica mit der Kehlkopfblutung im Allgemeinen zusammenwirft. CARDONE.

130) **A. W. Carter. Verbrühen der Halsorgane, die Tracheotomie erforderlich machend. (Scalded throat requiring tracheotomy.)** *Edinburgh Med. Journal. März* 1889.

Eine Mittheilung aus der Royal Medical Society. P. M'BRIDE.

131) **Luc** (Paris). **Laryngo-tracheale Ozaena. (On Laryngo-Tracheal Ozaena.)** *Journ. of Laryngology. Januar* 1889.

Luc, der bereits 3 Fälle von dieser Krankheit in den „Archives de Laryngologie" (Februar 1888) veröffentlicht hat, giebt jetzt seine Beobachtungen und die der anderen Autoren in ausführlicherer Weise wieder. In diesen Fällen sieht man die Wände der Luftröhre mit einer fötiden grünen Auflagerung bedeckt, die dem Secret, das man bei Ozaena der Nase findet, ähnlich ist. Der Athem ist in gleicher Weise fötide beim Ausathmen durch den Mund wie durch die Nase. Einige der trachealen Beläge wurden untersucht: sie enthielten neben verschie-

denen anderen Bakterien den Diplococcus, den Loewenberg als Ursache der besonderen Fermentation und des charakteristischen Geruchs bei Ozaena ansieht. Luc glaubt, dass die Krankheit relativ häufig zu finden ist, wenn man in allen Fällen von Ozaena sorgfältig darauf achtet; wenigstens waren seine Fälle alle mit Ozaena der Nase verbunden.

L. hält die Ozaena des Kehlkopfs und der Trachea für eine ernste Complication der Nasenozaena:

1. wegen der Schwierigkeit, die Medicamente in der Trachea zu appliciren und so die unangenehmen Symptome im Schach zu halten;
2. wegen der Reizung, der Hustenstösse und der Behinderung der Athmung.

Am besten wird die Krankheit mit regelmässigen und häufigen Inhalationen behandelt. MACKENZIE JOHNSTON.

132) **Antonow** (Petersburg). **Kehlkopfgeschwüre bei Typhus abdominalis. (Isjaswlenie gortani pri brjuschnom typhe.)** *Jeschened klin. Gaz. No. 18 bis 20.* 1889.

Für diese Form der Geschwürsbildung ist charakteristisch das Fehlen eines entzündlichen Infiltrats. Ein Entzündungsprocess macht sich bloss an der Demarcationslinie bemerkbar. Der Process beginnt mit einer hyalinen Degeneration der Membrana propria, der Wandungen der Capillaren und der kleinen Arterien. Diese Degeneration breitet sich dann auch theilweise auf das bindegewebige Gerüst der Schleimhaut aus. Das Epithel geht durch Coagulationsnekrose zu Grunde. Auf dem so veränderten Gewebe siedeln sich Mikrokokken an. Breitet sich der Process mehr in die Tiefe aus, so kommt es zur Perichondritis mit all ihren Folgen. Weder in den Geschwüren, noch in den erkrankten Knorpeln hat Verf. Typhusbacillen gefunden, einmal aber Colonien von Mikrokokken in grossen Mengen. LUNIN.

133) **L. Emmet Holt. Ulceration der Stimmbänder nach Masern. (Ulceration of the vocal cords following measles.)** *N. Y. Med. Record. 22. Juni 1889.*

Der Patient, der sich während seines Lebens in sehr elendem Zustande befand, war 1 Jahr alt. Autopsie: Larynx: Die Stimmbänder waren durch Ulceration vollständig zerstört; diese erstreckte sich aufwärts in die Ventrikel des Kehlkopfs und nahezu $^1/_4$ Zoll nach abwärts. Die Geschwüre erstreckten sich anscheinend bis in die Tiefe der Knorpel, deren Oberfläche mit einer zerklüfteten Masse von nekrotischem Gewebe bedeckt war. Das Ganze hatte das Aussehen eines frischen Processes. An anderen Stellen zeigte der Kehlkopf keine Veränderungen. Nirgends im Larynx, in der Trachea oder den Bronchien Pseudomembranen. LEFFERTS.

134) **Leitartikel. Die moderne Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The modern treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 22. Juni* 1889.

Ein Ueberblick über die neueren Schriften von Schleicher, Heryng, Keimer, Sokolowski und Seifert. LEFFERTS.

135) **E. Jacob. Präparate von einem [wahrscheinlich tuberculösen] Kehlkopf. (Sections of larynx [probably tubercular].)** (Leeds and West Riding Medico-Chirurgical Society. *Brit. Med. Journ.* *20. April* 1889.

Demonstration der Präparate. MACKENZIE JOHNSTON.

136) **Sweens. Zeitweise Aphonie bei einem Schwindsüchtigen. (Tijdelijke aphonie bij een teringlijder.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdsch. voor Geneesk. No. 1.* 1889.

Das ist Alles, was mitgetheilt wird. Aus der Medicinischen Gesellschaft von Hertogenbosch. BAYER.

137) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Der Einfluss gewisser Arzneimittel auf den Tuberkelbacillus beim Menschen. (The influence of certain medicinal agents upon the bacillus of tubercle in man.)** *Edinb. Med. Journ. Jan.* 1889.

Die Arbeit beginnt mit einer Besprechung der prognostischen Bedeutung des Vorhandenseins von Bacillen bei der Lungenphthisis. Der Autor zeigt, dass die unmittelbare Prognose durchaus nicht immer eine ganz schlechte ist, vorausgesetzt, dass der Allgemeinzustand gut bleibt. Die Gegenwart von Tuberkelbacillen im Verein mit Kehlkopfkrankheit ist stets von ernster Bedeutung. M. zeigt, dass weder Arzneimittel noch das Klima einen sichtbaren Einfluss auf die Menge der Bacillen ausüben, wennschon der Allgemeinzustand des Patienten sich in ganz wunderbarer Weise heben kann. P. M'BRIDE.

138) **Lavrand. Kehlkopftuberculose. (Tuberculose laryngée.)** *Journal des sc. méd. de Lille. 15. Febr.* 1889.

Eine Beobachtung über Kehlkopftuberculose. — Nichts Neues.

E. J. MOURE.

139) **Arpad A. Gerster. Die Entfernung einer tuberculösen Geschwulst des Kehlkopfs durch die Laryngo-Pharyngotomie, mit Demonstration von Fällen. (Removal of a tubercular tumor of the larynx by laryngo-pharyngotomy, with demonstration of cases.)** *N. Y. Med. Record. 6. April u. 13. April. S. 414.* 1889.

G. stellt fest, dass die Kehlkopftuberculose gelegentlich einen circumscripten Charakter annimmt und im Larynx, wie oft an anderen Stellen, zur Erscheinung eines ziemlich wohlumgrenzten Tumors führt; er glaubt, dass man durch frühzeitige Exstirpation der Geschwulst nicht nur die Beseitigung der verderblich wirkenden Dyspnoe und Dysphagie erreichen könne, sondern dass die allgemeine Besserung der Lebensbedingungen gelegentlich auch zu einer Beserung der causalen, d. i. der Lungenstörungen führe. — In dem einen der in dem Artikel geschilderten Fälle zeigte die laryngoskopische Untersuchung einen Tumor von der Grösse und Gestalt einer ungetheilten Mandel, der die Stelle des linken Aryknorpels und Taschenbandes einnahm und den Kehlkopfeingang in solcher Ausdehnung überragte, dass er die Untersuchung des Larynxinnern verhinderte. Die Oberfläche des Tumors war glatt, fleischfarben und schien von etwas hyperämischer, sonst ganz normaler Schleimhaut bekleidet. Die Thyreotomie wurde vor-

genommen und der Tumor und ein Theil des linken Stimmbandes zusammen mit dem Aryknorpel und dem correspondirenden Abschnitt des Schildknorpels excidirt.

LEFFERTS.

140) **A. Cartaz. Ueber die tuberculösen Geschwülste des Kehlkopfs. (Sur les tumeurs tuberculeuses du larynx.)** *Arch. de Laryng. April* 1889.

Verf. beschreibt 3 Fälle von tuberculösen Tumoren des Kehlkopfs, deren Erscheinung mit dem Aussehen von Fällen derselben Art nicht im Einklang stand. [? Red. „dont l'apparition derangea toute autre manifestation de même nature."] Er beschreibt ihren Sitz, ihre Form und ihr Aussehen und vergleicht diesen Neubildungen die papillären Hypertrophien, die man bisweilen bei der chronischen Laryngitis antrifft.

E. J. MOURE.

141) **Gouguenheim** und **P. Tissier. Ein Fall von pseudo-polypöser primärer tuberculöser Laryngitis — papillomartige Strictur der Tumoren — Bacteriologische Untersuchung des Auswurfs mit positivem Resultat — Impfung eines Meerschweinchens mit Theilchen der intralaryngealen Geschwulst — das Meerschweinchen wird tuberculös. (Un cas de laryngite tuberculeuse primitive pseudo-polypeuse — Structure papillomateuse des tumeurs — Examen bactériologique affirmativ des crachets — Inoculation a un cobaye de fragments de tumeur intra-laringienne — Tuberculisation du cobaye.)** *Annal. des mal. de l'oreille. April* 1889.

Der Titel des Falles beschreibt ihn zur Genüge.

E. J. MOURE.

142) **Korhunoff. Ueber die Entstehung der tuberculösen Kehlkopfgeschwüre und die Rolle der Tuberkelbacillen bei diesem Processe.** *Arch. f. klin. Med. 45. Bd., 1. und 2. Heft. S. 43.*

Nach Aufzählung der verschiedenen Ansichten über die Entstehung der Kehlkopftuberkulose überhaupt wendet sich Verf. zu dem Antheil, den die Bacillen bei derselben haben. In den untersuchten 12 Kehlköpfen fanden sich durchweg Bacillen; freilich hält der Process nicht gleichen Schritt mit der Menge der Bacillen; in manchen Geschwüren fehlen sie ganz. Die Tuberkelbacillen gerathen in das subepitheliale Gewebe und erzeugen dort Veränderung dieses Gewebes; diese Veränderung fällt um so grösser aus, je tiefer die Bacillen eindringen und sich verbreiten. Die Erweiterung der Lymphräume und der Durchtritt der Tuberkelbacillen durch diese Räume bilden die ersten Veränderungen des Epithels, es tritt Karyokinesis auf. Die Bacillen kommen in den Kehlkopf nicht von der Schleimhautoberfläche aus, d. h. durch Ansteckung des Sputum, sondern vom Blut- und Lymphstrom aus.

SCHECH.

143) **Percy Kidd** (London). **Ueber eine eigenthümliche, obstruirende Form von Kehlkopftuberculose, welche doppelseitige Glottisöffnerlähmung simulirt. (On a peculiar, obstructive form of laryngeal tuberculosis, which simulated bilateral abductor paralysis.)** *Brit. Med. Journ. 26. Jan.* 1889.

Vortrag, am 22. Januar vor der Royal Med. and Chir. Society gehalten und auf 6 Fälle basirt, die unter den laryngoskopischen Erscheinungen der doppelseitigen Glottisöffnerlähmung auftraten. In allen Fällen waren die Kranken tuber-

kulös und wiesen auch tuberkulöse Kehlkopfläsionen auf, doch war in keinem Falle die Schwellung der Weichtheile so gross, dass sie die Stenose hätte erzeugen können. Die letztere wurde von K. vielmehr zurückgeführt auf folgende Möglichkeiten: 1. Tuberkulöse Infiltration um die Giessbeckenknorpel und Pseudoankylose des Cricoarytaenoidgelenks; 2. Ulceration und pathologische Adhäsionen der afficirten Stimmbänder; 3. Suppurative Entzündungen der Cricoarytaenoidgelenke. Unter allen genannten Verhältnissen wurde die Tracheotomie oder ähnliche Massnahmen bei der zu Stande kommenden Glottisstellung für unumgänglich erklärt. — Der sehr instructive Vortrag, der in der Discussion allseitige Anerkennung fand, wird im nächsten Bande der Transactions der Gesellschaft ausführlich veröffentlicht werden. —

In der Discussion gedachte Dr. de Havilland Hall eines ähnlichen von ihm beobachteten Falles und empfahl Entfernung der Stimmbänder oder Laryngofissur statt der Tracheotomie. (Diese Vorschläge dürften doch sehr anfechtbar sein. Ref.) — Dr. Douglas Powell, der einen der Fälle mit Kidd zusammen beobachtet hatte, stimmte dem Vortragenden in jeder Beziehung zu. — Mr. H. H. Taylor fürchtet nach einer eigenen Erfahrung tuberkulöse Infection der Tracheotomiewunde und rieth, die Operation nur unter den dringendsten Indicationen vorzunehmen. — Mr. Willett frug, ob die Intubation für diese Fälle versucht sei, was von Mr. Taylor bejaht wurde, mit dem Zusatze, dass sie sich nicht bewährt habe. — Dr. Powell fügte hinzu, dass bei dieser Behandlung die copiöse Expectoration keine Ausgangspforte haben würde. — Kidd antwortete schliesslich auf die gemachten Einwendungen. SEMON.

144) **Henry Standford** (Nottingham). **Kehlkopftuberculose mit vorübergehender beiderseitiger Abductorlähmung. (Laryngeal tuberculosis with temporary bilateral abductor paralysis.)** *Brit. Med. Journ.* *26. Jan.* 1889.

Der Titel kennzeichnet die Natur des Falles. MACKENZIE JOHNSTON.

145) **Walter Fowler** (London). **Kehlkopftuberculose. (Laryngeal phthisis.)** *Brit. Med. Journ.* *20. April* 1889.

Demonstration von 4 Präparaten, die besonders die verschiedenen Formen von Affection der Epiglottis bei der Kehlkopftuberkulose illustriren, am 27. März 1889 vor der Hunterian Society of London. Nichts Besonderes. SEMON.

146) **L. Grünwald. Tuberculöser Abscess des Ringknorpels.** *Münchener med. Wochenschr.* *No. 1.* 1889.

Bei einer 39 Jahre alten Phthisica zeigten sich nach vorhergegangenen theils unbestimmten, theils wechselnden Symptomen (Recurrenslähmung) neben subchordalen Leisten eine Granulationswucherung im Vereinigungswinkel der Stimmbänder, nach deren Abtragung sich eine grosse Menge leimig aussehenden dünnen Eiters entleerte. Es war durch die Enfernung der Granulation ein schon bestehender Knorpelabscess eröffnet worden; einige Tage später brach der Abscess in die Tracheotomiewunde durch. Die Section ergab eine perichondritische Zerstörung des vorderen Theiles des Ringknorpels. Wucherungen am Ausgange eines perichondritischen Abscesses sind nicht häufig, ermöglichen aber sehr die Dia-

gnose des Sitzes der Perichondritis. In einem anderen Falle ebenfalls bei einem Phthisiker war die rechte Hälfte des Ringknorpels nekrotisirt und ebenfalls ein Durchbruch in die Trachealwunde erfolgt. Den Durchbruch in die Trachealwunde hält G. nicht für ein Unglück, zumal die Heilung einer tuberculösen Perichondritis doch sehr problematisch sei. SCHECH.

147) H. Krause (Berlin). **Ueber die Erfolge der neuesten Behandlungsmethoden der Kehlkopftuberculose.** *Therap. Monatsh. V.* 1889.

In seinem gelegentlich des Wiesbadener Congresses (April 1889) gehaltenen Vortrage bespricht Kr. vor Allem die weiteren Erfahrungen über Milchsäure, über die Tracheotomie und über das Curettement. Die Erfahrungen über die Milchsäure sind die gleichen geblieben, wie sie Kr. in seinen ersten Arbeiten mitgetheilt hat, das Urtheil über die Tracheotomie ist kein ungünstiges, doch wurden durch dieselbe in 1 Fall in Folge der heftig gesteigerten Secretion die Qualen des Patienten ins Ungemessene gesteigert. Ganz besonders gute Resultate vermag der Vortragende mitzutheilen von dem Curettement, zu dessen Ausführung er sich seit längerer Zeit einer von ihm construirten Doppelcurette bedient.

Schliesslich wendet sich Kr. noch gegen das unterschiedslose Verschicken der Kehlkopfphthisiker nach dem Süden. SEIFERT.

148) Sokolowski (Warschau). **Ueber die Heilbarkeit und örtliche Behandlung der sogenannten Kehlkopfschwindsucht.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 4 u. 5.* 1889.

Zunächst berichtet S. über 6 Fälle von fibröser Form der Lungentuberkulose mit tuberkulösen Geschwüren des Kehlkopfes, bei denen die Kehlkopferkrankung ohne örtliche Behandlung ausheilte, und dann 4 Fälle, bei denen unter Pinselungen mit Milchsäure oder Lapis derselbe Erfolg erzielt wurde gleichzeitig mit Besserung oder Ausheilung der Lungentuberkulose.

Ferner erwähnt S. 4 Fälle, bei denen der Zustand der Kehlkopfgeschwüre Jahre lang ohne locale Behandlung stationär blieb.

Weiterhin stellt er 2 Reihen von je 50 an Kehlkopf- und Lungenschwindsucht leidenden Kranken einander gegenüber; in der einen Reihe wurde nur eine allgemeine Behandlung eingeleitet und ergab sich bloss in 8 Fällen eine Besserung der Kehlkopfschwindsucht. In der 2. Reihe, wo man eine methodische örtliche Behandlung neben der allgemeinen einleitete, erzielte man in 40 Fällen eine deutliche Besserung, darunter 21 mal eine mehr oder minder deutliche Vernarbung. Die örtliche Behandlung bestand in 34 Fällen in Bepinselungen mit Milchsäure (50—75 pCt.) und erzielte 25 mal Besserung, mit Vernarbung in 10 Fällen. In 16 Fällen wurde die combinirte chirurgische Behandlung durchgeführt; dieselbe bestand in tiefen Einschnitten in die infiltrirten Theile, im Auskratzen der Geschwüre nach Heryng, im Ausreissen der Granulationen und in der galvanokaustischen Aetzung; daneben wurden noch Bepinselungen mit Milchsäure und Einblasungen von Jodol vorgenommen. Besserung wurde in 15 Fällen erzielt, wobei sich 10 mal Vernarbung zeigte. Tracheotomie musste nur 1 mal vorgenommen werden.

Aus diesen Daten zieht S. den Schluss, dass die Heilung der Kehlkopfschwindsucht besonders durch die combinirte chirurgische locale Behandlung erleichtert werde; doch dürfe man nie die allgemeine, tonisirende Behandlung vernachlässigen, da die Heilung der Kehlkopfschwindsucht eng verbunden ist mit der Besserung des Lungenleidens. Ferner betont er ausdrücklich, dass besonders die fibrösen Formen der Lungentuberkulose zu Heilungen geneigt sind. Ueber Details verweist S. auf eine spätere ausführliche Mittheilung seines Assistenten.

CHIARI.

149) **Themaneck** (Sahrau). **Die Milchsäure in der Therapie der Larynxtuberculose.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1888.

Th. beschreibt 3 Fälle von Larynxtuberkulose aus der Praxis des Referenten, in welchen die Milchsäure consequent angewandt wurde in 15—80 proc. Lösung. In den beiden ersten Fällen trat erhebliche Besserung ein, im 3. Falle wurde diese Behandlungsmethode nicht vertragen. SEIFERT.

150) **A. Favitzky** (Petersburg). **Guajacol bei Tuberculose. (Guajacol pri tschotetki.)** *Med. obosr. No. 10.* 1889.

Das Guajacol wurde in Form von Lösung (Guajacoli 1—2,0, Aq. dest. 180,0, Spirit. vini 20,0) oder in Form von Pillen gegeben. In einem Falle wurde das Mittel inhalirt (25—50 Tropfen auf 1 Liter Aqua). Einige Patienten litten zugleich an Lungen- und Larynxtuberkulose. Irgend ein nennenswerther Erfolg wurde nicht beobachtet. LUNIN.

151) **Seifert** (Würzburg). **Ueber Tracheotomie bei Larynxtuberculose.** *Münchener med. Wochenschr. No. 14 u. 15.* 1889.

Nach sorgfältiger Angabe der Literatur über Tracheotomie bei Larynxtuberculose bespricht S. eigene 4 Fälle, die er mit Hoffa behandelt hatte. Er selbst machte nie die propyhlactische Tracheotomie, sondern nur als Indicatio vit. Der wichtigste Effect der Tracheotomie ist die Ruhestellung des Kehlkopfes; wie schon M. Schmidt betonte, verbessern sich nach der Tracheotomie die Schlingbeschwerden, die Schwellung nimmt ab, das Allgemeinbefinden hebt sich, die bessere Ventilation der Lunge durch die weite Canüle kann selbst auf die Lungenaffection Einfluss haben. Fine stärkere Ansiedelung von Tuberkelbacillen im Kehlkopf ist nicht zu fürchten. Die Vortheile der Tracheotomie sind Besserung, hie und da auch Heilung der Larynxtuberculose, Verlängerunr des Lebens; hochgradige Lungenerkrankung ist keine Gegenindication, auch ist die Gefahr der Operation keine besondere. Mehrmals musste schon wegen Tuberkeltumoren die Laryngofissur gemacht werden. Die Exstirpation des Kehlkopfes bei Tuberculose ist zwecklos. SCHECH.

152) **Whipham** und **Delépine** (London). **Tuberculöser Lupus des Kehlkopfs, der Trachea und der Bronchien mit Erzeugung von Stenose der Trachea und der Bronchien. (Tubercular lupus of the larynx, trachea and bronchi producing stenosis of the trachea and bronchi.)** *Brit. Med. Journ. 16. März* 1889

Es ist unmöglich, diesem ebenso interessanten wie obscuren Falle, der den Gegenstand eines Vortrages vor der Clinical Society of London am 8. März 1889 bildete und im nächsten Bande der Transactions dieser Gesellschaft veröffentlicht

werden wird, im Rahmen eines Auszugs auch nur einigermassen gerecht zu werden. Interessenten müssen auf die Transactions oder auf die bezeichnete Nummer des Brit. Med. Journal verwiesen werden. Die Frage, ob es sich in dem sehr merkwürdigen Falle des Patienten, eines 14jährigen Knaben, um congenitale Syphilis, Tuberculose oder Lupus, resp. um eine Mischform handelte, wurde weder in dem Vortrage selbst, noch in der folgenden Discussion, an der sich die Herren Percy Kidd, Butlin, R. W. Parker und Douglas Powell betheiligten, endgültig gelöst, und das Präparat der afficirt gewesenen Theile wurde schliesslich einer aus den beiden Vortragenden und den Herren Watson Cheyne, Kidd und Butlin bestehenden Commission zur weiteren Prüfung übergeben.

SEMON.

153) **G. N. Pitt** (London). **Kehlkopfsyphilis. (Laryngeal syphilis.)** *Brit. Med. Journ. 12. Jan.* 1889.

Demonstration eines Specimens am 12. December 1888 vor der Hunterian Society. Hochgradige Zerstörung des Kehlkopfs und der Luftröhre bei einer 23jährigen Patientin. Nichts Besonderes.

SEMON.

154) **Sevestre. Die Erscheinungen der frühen hereditären Syphilis im Kehlkopf. (Des manifestations laryngées de la syphilis héréditaire précoce.)** *Le Progrès médical. 18. und 29. Mai* 1889.

Der Studie über diesen Gegenstand sind mehrere eigene Beobachtungen beigefügt. Der Autor zeigt, dass Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfs bei der hereditären Syphilis weniger selten sind, als man annimmt, und dass die Läsionen unter Symptomen einhergehen können, die mit denen des Croups grosse Aehnlichkeit haben.

E. J. MOURE.

155) **P. Tissier. Tertiäre Syphilis des Kehlkopfs. (Syphilis tertiaire du larynx.)** *Ann. des mal. de l'oreille etc. Febr.* 1889.

Eine Studie über diese Affection, recht vollständig, ohne aber Neues zu bringen.

E. J. MOURE.

156) **A. B. Thrasher. Syphilis des Kehlkopfs. (Laryngeal Syphilis.)** *Amer. Practitioner and News. 8. Juni* 1889. — *Cincinnati Med Journ. Juni* 1889.

T. empfiehlt den localen Gebrauch 25procentiger Arg. nitric.-Lösung auf ulcerirten Flächen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

157) **John H. Billings. Syphilitische Larynxstenose mit Tracheotomie. (Syphilitic stenosis of the larynx with tracheotomy.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juni* 1889.

B. giebt an, dass man eine gewisse Zahl von Fällen finden kann, in denen die antisyphilitische Behandlung entsprechend einer persönlichen Idiosyncrasie die Disposition zur Verbreitung der Krankheit nicht einzuschränken vermag, oder in denen sie, wenn die Toleranz bis zu einem gewissen Punkte erzwungen wird, geeignet ist, derartige Reizungszustände im Kehlkopf herbeiführen, dass zur Gefahr, die von der Dyspnoe droht, eine neue hinzugefügt ist.

Unter solchen Umständen kann bezüglich der Rathsamkeit einer frühen

Tracheotomie nur geringe Meinungsverschiedenheit bestehen, um die mögliche Gefahr, die bei zu langem Aufschub der Respiration droht, zu vermeiden; besonders aber, weil sie gestattet, sofort eine energischere Behandlung zur schnelleren Vernichtung der gummösen Infiltration einzuleiten, bevor die Production eines organisirten und dauernden Gewebes erfolgt.

Ein erfolgreich behandelter Fall wird zur Illustration des Gesagten berichtet. LEFFERTS.

158) **F. Egidi** (Rom). **Tracheotomie bei Syphilis des Kehlkopfs. (Tracheotomia per sifilide laringea.)** *Bollet. della Societa Lancisiana. Decbr. 1888.*

Es handelte sich um gummöse Infiltration der Kehlkopfschleimhaut mit Ausbreitung auf die Knorpel: schwere Kehlkopfstenose. — Tracheotomie; allgemeine antiseptische Behandlung. Die Canüle wird nach 20 Tagen entfernt. CARDONE.

159) **G. Ferreri** (Rom). **Dilatation des Kehlkopfs. (Divulsione della laringe.)** *Bollet. della Societa Lancisiana. Decbr. 1888.*

F. kennzeichnet die Mängel der Dilatation des Kehlkopfs mit den Schrötter-schen Canülen; er empfiehlt seine Dilatationspincetten für die quere und die Erweiterung von vorn nach hinten. Sie sind leichter in den Kehlkopf einzuführen und wirken mehr nach der Absicht des Operateurs. CARDONE.

160) **Gouguenheim. Narbige Verengerung des Kehlkopfs syphilitischen Ursprungs; Tracheotomie vor 6 Jahren ausgeführt. Tägliche Dilatation der Narbenschrumpfung von oben nach unten 6 Monate hindurch mittelst der Schrötterscher Hartgummisonden. — Heilung. (Retrécissement cicatriciel du larynx d'origine syphilitique. Trachéotomie datant de six ans. Dilatation quotidienne, de haut en bas, du retrécissement, pendant six mois, par les sondes en caoutchouc durci de Schroetter. Guérison.)** *Annal. des malad. de l'oreille. Juni* 1889.

Eine Beobachtung über diesen Gegenstand. E. J. MOURE.

161) **Frederick Bateman** (Norwich). **Ein dunkler Fall von Larynxstenose. — Tracheotomie. (On an obscure case of laryngeal stenosis. — Tracheotomy.)** *Brit. Med. Journ. 5. Jan.* 1889.

Der streitige Punkt in dem berichteten Falle liegt in der Frage, ob es sich um eine tuberculöse oder syphilitische Erkrankung handelte. Die Wahrscheinlichkeit spricht für die letztere. MACKENZIE-JOHNSTON.

162) **Albert Ruault. Hemiatrophie des Kehlkopfs ohne wahrnehmbare motorische Lähmung bei einer Syphilitischen, mit Hemiatrophie der Zunge auf derselben Seite. (Hémiatrophie laryngée sans paralysie motrice appréciable chez une syphilitique atteinte d'hémiatrophie de la langue du même côté.)** *Arch. de Laryng. etc. Juni* 1889.

Die Kranke, bei der Verf. die Beobachtung angestellt hat, bot Erscheinungen von tertiärer Lues an Zunge und Rachen dar. R. bemerkt, dass die Muskelatrophie in diesem Falle der Recurrenslähmung voranging, und dass sie ersichtlich cerebralen Ursprungs war. (Schwer verständlich. Red.) E. J. MOURE.

## f. Schilddrüse.

163) Caselli (Genua). **Ueber die Entfernung des Kropfes und ihre Folgezustände. (De l'ablation du goître et des accidents consécutifs.)** *La semaine méd 21. April* 1889.

Der Autor hat in einer grossen Zahl von Fällen die Exstirpation der Schilddrüse vorgenommen. Er glaubt, dass die Kranken der Cachexia strumipriva nur dadurch entgangen sind, dass gewöhnlich einige Fragmente der Drüsen stehen bleiben. Um Zufälle von Seiten des Kehlkopfs und der Trachea zu vermeiden, wird es gut sein, nur die Endverzweigungen der Art. thyroidea inferior zu unterbinden. E. J. MOURE.

164) A. Caselli (Genua). **Ueber das spätere Geschick des Strumipriven. (Sui postumi strumiprivi.)** VI. Versammlung der Ital. Chir. Gesellschaft in: *La Riforma Medica an V. No. 99.* 1889.

C. berichtet über 78 Kropfexstirpationen, die er ausgeführt hat, darunter 14 Totalexstirpationen und 2 Todesfälle.

Er giebt die Geschichte eines Falles, in dem nach der Exstirpation eines enormen Kropfes, die in 2 Sitzungen mit 6 Monaten Zwischenzeit vorgenommen wurde, am 7. Tage die typische Form der Trousseau'schen Tetanie mit Anämie etc. zur Beobachtung kam. Nach 15 Tagen sah man auf einmal einen kleinen runden Körper in dem Spatium thyreo hyoideum erscheinen; seitdem waren die Störungen verschwunden und der Kranke gerettet.

C. hält dafür, dass der kleine Tumor, der da erschien, ein embryonaler Ersatzlappen der Schilddrüse gewesen ist.

Unter 78 Fällen ist dies der einzige, in dem C. strumiprive Störungen bemerkt hat. Trotzdem betont er am Schlusse, dass er, der früher den strumipriven Folgeerscheinungen ungläubig gegenüberstand, von nun an stets einen Theil der Schilddrüse in situ zu lassen suchen wird, mit Ausnahme der Fälle, in denen es sich um maligne Neubildungen handelt. CARDONE.

165) R. Romme. **Cachexie mit Pachydermie [Myxoedem] in ihren Beziehungen zur Physiologie der Schilddrüse. (De la cachexie pachydermique [myxoedema] dans ses relations avec la physiologie de la glande thyreide.)** *La Tribuna médicale. No. 17, 18, 19.* 1889.

Verf. legt den Stand der Frage dar und suchte in die Pathogenese der Affection einen Einblick zu gewinnen, indem er die klinischen Erscheinungen und die, welche das Experiment uns liefert, mit einander in Beziehung setzt.

E. J. MOURE.

166) A. Davies (London). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Brit. Med. Journ. 1. Juni* 1889.

Demonstration eines wohlmarkirten Falles am 24. Mai 1889 vor der Clinical Society of London. Die Patientin war 46 Jahre alt; das Leiden hatte $4^1/_2$ Jahre früher begonnen. Nichts Besonderes. SEMON.

167) **Schwass** (Berlin). **Zur Myxoedemfrage.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21.* 1889.

45jährige Frau, im März 1888 erkrankt, mit Schwellung und bläulicher Verfärbung der Augenlider, im August Schwellung des Gesichts, die dann auf Hals, Arme zur Mitte des Oberarms, Brust und Rücken überging. Mitte August Schwellung der Beine. Sprache heiser. Verlangsamung des Denkens. Apathie. Urin stets frei von Albumen. Schilddrüse vergrössert. Nachts delirirend. Plötzlicher Tod am 14. September. Herz, Nieren, Lungen, Leber intakt. Schilddrüse einfach hyperplastisch. LANDGRAF.

168) **Cocking. Myxoedem. (Myxoedema.)** *Brit. Med. Journ. 2. März* 1889.

Der Kranke wurde in der Medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Sheffield vorgestellt. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

169) **R. C. Nixon** (Dublin). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Dublin Journ. of Med. Science. Mai* 1889.

Bericht über einen typischen Fall, in dem neben anderen typischen Symptomen eine vollständige Atrophie der Schilddrüse bestand. Der Verf. spricht von der Krankheit als einer Trophoneurose, die ihren Ursprung in der Atrophie oder der Entfernung der Schilddrüse hat. P. Mc BRIDE.

170) **T. Mitchell Clarke. Myxoedem. (Myxoedema.)** Medicinisch-Chirurgische Gesellschaft zu Bristol. *Brit. Med. Journ. 18. Mai* 1889.

Vorstellung eines Kranken. MACKENZIE-JOHNSTON.

171) **Angel Money** (London). **Sporadischer Cretinismus und gebuckelter Schädel.) (Sporadic cretinism and bossed skull.)** *Brit. Med. Journ. 2. März* 1889.

Demonstration eines dreijährigen Cretins vor der Med. Society of London am 25. Februar 1889. Congenitale Syphilis vermuthet. Nichts Besonderes.

SEMON.

## g. Oesophagus.

172) **J. Brosset. Bildungsanomalien des Oesophagus. (Des vices de conformation de l'oesophage.)** *Lyon méd. No. 21. 22.* 1889.

Der Autor studirt die Bildungsfehler des Oesophagus beim Neugeborenen und Erwachsenen. E. J. MOURE.

173) **H. Osgood. Eine eigenthümliche Form von Oesophagismus. (A peculiar form of oesophagismus.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 25. April* 1889.

Die Affection wird gewöhnlich auf Hysterie (Globus hystericus) zurückgeführt oder auf einfachen Oesophagismus, bei dem entweder eine einfache Unmöglichkeit des Schluckens besteht, oder eine ständige und ausgesprochene Schwierigkeit, dergestalt, dass eine Sonde und selbst Flüssigkeiten an einem bestimmten Punkte des Oesophagus feststecken und zugleich Speisen und Trank regurgitirt werden.

O. berichtet 6 Fälle, die dadurch eigenthümlich sind, dass keine deutlichen

Zeichen von Hysterie bestanden (die Hälfte der Patienten waren Männer) und auch kein unüberwindliches Hinderniss im Schlucken weder von Flüssigkeit noch von Festem vorlag. Es bestand ein Symptom, das allen Fällen von Oesophagismus aus jeder Ursache eigenthümlich ist, nämlich Druck im Oesophagus. Bei Globus hystericus wird dies einer im Schlund auf- und niedersteigenden Kugel verglichen. Beim gewöhnlichen Oesophagismus mit Dysphagie und Regurgitation besteht eine plötzliche schmerzhafte und vollkommene Verschliessung des Oesophagus. — In den erwähnten Fällen waren die Symptome dieselben: plötzlicher, oft intensiver Schmerz und ein Gefühl von Zusammenschnürung im Epigastrium; Ausstrahlung des Schmerzes; geringe Regurgitation von Speisen, wenn der Anfall beim Essen eintrat; Steckenbleiben der Nahrung in der Cardiaöffnung des Oesophagus und vollkommenes Bewusstsein dieses Steckenbleibens seitens des Patienten. — Nach einem Stillstand von einem Augenblick ging der Bissen in den Magen durch.

Das Alter der Pat. wechselte zwischen 20 und 50; die Krankheit kommt bei Kindern nicht vor. O. schreibt der Affection einen reflectorischen Charakter zu; in allen Fällen fand er eine chronische Störung in irgend einer Form an einem Punkte der Schleimhaut, am häufigsten folliculäre Hypertrophie des Rachens. Die Behandlung setzte an diesem Punkte an. Die Elektricität war von Nutzen und Kohlensäure, in irgend einer Form innerlich gegeben, brachte Besserung, indem sie Aufstossen verursachte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

174) **Potain. Einfaches Magengeschwür traumatischen Ursprungs. — Oesophaguskrampf bei Krebs der Cardia. (Ulcère simple de l'estomac d'origine traumatique. — Spasme oesophagien dans le cancer du cardia.)** *Journ. de méd. et de chir. prat. Juni* 1889.

Der Autor führt mehrere Beispiele an, welche erweisen, dass es der Cardiakrebs ist, der am häufigsten zu Oesophaguskrampf Anlass giebt. E. J. MOURE.

175) **Lundie** (Edinburgh). **Eine Fischgräte aus dem unteren Theil des Oesophagus entfernt. (Fish bone removed from the lower part of the oesophagus.)** *Edinburgh Med. Journ. April* 1889.

Das Präparat wurde vor der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft demonstrirt, weil die Gräte nahe dem Magenende des Oesophagus gesteckt hatte und der gewöhnliche Regenschirm-Probang sich als zu kurz erwiesen hatte, so dass eine Verlängerung desselben hatte improvisirt werden müssen. M'BRIDE.

176) **Ed. v. Wahl** (Dorpat). **Oesophagotomie wegen eines verschluckten Gebisses.** *Petersburger med. Wochenschr. No. 21.* 1889.

Das Gebiss hatte 14 Tage im Oesophagus gesteckt, trotzdem günstiger Wundverlauf. LUNIN.

177) **W. Pye** (London). **Ein Fall von Oesophagotomie mit Bemerkungen. (A case of oesophagotomy with remarks.)** *Brit. Med. Journ. 9. März* 1889.

Bericht über einen Fall, in dem einige künstliche Zähne verschluckt wurden und sich in den Oesophagus fest einkeilten. Der Oesophagus wurde eröffnet und das Gebiss entfernt. Der Kranke starb 5 Tage nachher. Die Section

ergab eine allgemeine Infiltration der Lungen und nicht die erwartete septische Pneumonie.

P. nimmt an, dass die rapide Effusion von der Reizung des Vagus oder Sympathicus bedingt gewesen sein könnte. MACKENZIE-JOHNSTON.

178) **J. S. Wallace. Traumatische Oesophagusstrictur. (Traumatic stricture of the oesophagus.)** *Kansas city medical index. Febr.* 1889.

W. berichtet über einen Fall, in dem die Strictur bei einem 3jährigen Kinde sich nach dem Schlucken concentrirter Lauge einstellte. Die Behandlung bestand in der Dilatation; die Heilung war eine vollständige.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

---

# III. Kritiken und Besprechungen

a) **Ph. Schech. Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Mit Einschluss der Rhinoscopie und der localtherapeutischen Technik.** Für praktische Aerzte und Studirende. Mit 84 Abbildungen. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1889.

Es bereitet uns eine ganz besondere Freude, die dritte Auflage des Schech-schen Lehrbuchs ankündigen zu können, weil wir selten in die Lage kommen, ein so uneingeschränktes Lob über ein Buch auszusprechen, wie über das vorliegende. Die wenigen Wünsche, die wir bei Besprechung der beiden ersten Auflagen zur Vervollkommnung des Werkes anzudeuten uns erlaubten, sind jetzt erfüllt und wir stehen nicht an, das Schech'sche Lehrbuch in seiner jetzigen Gestalt als das beste uns bekannte zu bezeichnen.

Es ist selbstverständlich und braucht nicht als besonderer Vorzug hervorgehoben zu werden, dass alle Fortschritte der Wissenschaft vollauf berücksichtigt worden sind, was vor Allem den Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen zu Gute gekommen ist. Dagegen muss es als eine wesentliche Bereicherung angesehen werden, dass der Verf. jeder Abtheilung ein Kapitel über allgemeine Symptomatologie vorausgehen lässt und damit dem Lernenden durch allgemeine Fingerzeige die Erkenntniss der speciellen Affectionen erleichtert.

Noch mehr ist der Werth des Lehrbuchs erhöht worden durch die Vermehrung der beigegebenen Illustrationen, nicht so sehr durch die Zahl — sie ist von 4 der ersten und 14 der zweiten auf 34 der jetzigen Auflage gestiegen —, sondern durch die Art derselben. Wir haben es stets misslich bei unseren Vorlesungen empfunden, dass keines der uns bekannten Lehrbücher der Nasenkrankheiten eine getreue Zeichnung der durch die Rhinoscopia anterior gewonnenen Bilder des Naseninneren wiedergiebt.

Schech sucht zum ersten Mal die vorhandene Lücke auszufüllen und einem fühlbaren Uebelstand abzuhelfen. Nicht weniger als 16 Figuren geben die Bilder wieder, die wir bei der vorderen Besichtigung der Nasenhöhlen im mehr oder

minder normalem und krankhaftem Zustande erhalten. Wir finden zwei Figuren, von denen die eine das Nasenspiegelbild perspectivisch verkürzt, die andere dasselbe perspectivisch verlängert darstellt. Neun Illustrationen suchen die Verhältnisse klar zu machen, wie sie durch die Formfehler und Anomalien der Nasenscheidewand hervorgerufen werden, eine Figur zeigt rechts eine Hypertrophie des unteren hinteren Muschelendes und lappige Hypertrophie der mittleren Muscheln, links Hypertrophie des vorderen unteren Muschelrandes und einfache Hypertrophie der mittleren Muschel bei spinösem Septum. Weiterhin finden „syphilitische Geschwüre an Muscheln und Scheidewand," ovale Perforation des Septum, grosser unregelmässiger Defect des Septum, Schleimpolypen in beiden Nasen, Papillom der unteren Muschel ihre bildliche Darstellung.

Unserer Ueberzeugung nach hat sich Schech ein wirkliches Verdienst hiermit erworben und wir zweifeln nicht, dass die dritte Auflage in erhöhtem Maasse die Gunst und Anerkennung von Seiten der Fachgenossen und Aerzte sich erwerben wird. J. Gottstein (Breslau).

b) **R. Voltolini † (Breslau). Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenrachenraumes etc.** Verlag von E. Morgenstern. Breslau. 1888.

In Folge des Ausbaues der normalen und pathologischen Anatomie sind die grössten Fortschritte auf allen Zweigen der Medicin in den letzten drei Decennien zu verzeichnen. Auch auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie der Krankheiten „des Anfangsweges der Athmung", der Nase, sind einerseits eine Reihe von neuen Lehren, andererseits nicht unerhebliche Modificationen der alten und veralteten Anschauungen geschaffen worden, durch welche die Rhinologie nicht mehr ein ergänzender, sondern wichtiger Theil der Gesammtmedicin geworden ist und berufen, sonstige dunkle Krankheitssymptome unseres Körpers zu klären. Von diesen Anschauungen, für die er während seines ganzen arbeitsvollen Lebens einen guten Kampf gekämpft hat, getragen, hat Voltolini dieses sein letztes Werk geschrieben, das als stattlicher Band von fast 500 Seiten vor uns liegt. Dasselbe enthält einen anatomisch-physiologisch-psychologischen Abschnitt, die Untersuchungsmethoden, die Krankheiten der Nase, ferner eine Besprechung des Wesens der Elektrolyse und in einem Nachtrag die Durchleuchtung derselben und ihrer Adnexa.

Die Anatomie wird sachlich kurz abgethan; hierher aber gehören die Dimensionen des Cav. pharyngo-nas. und nicht zu den Untersuchungsmethoden C. 70.

Die physiologische Literatur der letzten Jahre hätte ausführlicher gegeben werden dürfen; die psychologischen Bemerkungen, die angezogenen Citate liest man mit grossem Interesse.

Den Werth des Sonnenlichtes betont Voltolini nachdrücklichst; manche Verbesserungen hinsichtlich des Instrumentariums dürften sich jedoch nicht des ungetheilten Beifalles seiner Fachgenossen erfreuen, obschon der Verfasser gerade in diesen Dingen als Prakticus *κατ' ἐξοχήν* gegolten hat.

Verrucae, Naevi unter den verschiedensten Formen, Eczem, abnormer Haarwuchs, Psoriasis, Lupus sind die Krankheiten der äusseren Nase. V.'s Auffassung der Tuberkulose berührt mich in letzterem Capitel eigenartig; er be-

streitet die Ansteckung resp. Verbreitung derselben durch einen Bacillus. Die Therapie (Ref. bittet dieselbe zu lesen!) enthält beherzigenswerthe Rathschläge.

Wie und wodurch die Verbiegung der Nasenscheidewand, der Choanenverschluss, zu Stande kommt, lässt Voltolini dahingestellt; sie finden sich häufig vor, operirt wird den Umständen gemäss.

Nasenbluten rührt in den weitaus meisten Fällen von localen Ursachen her; durch die Galvanokaustik wird dasselbe stets gestillt.

Den Werth des Belloc'schen (nicht Bellocq) Röhrchens bestreitet er energisch. „Todesfälle durch Nasenbluten dürfen heute nicht mehr vorkommen."

Anziehend ist das Capitel Fremdkörper und Parasiten der Nase geschrieben; sie lassen sich auch durch die Elektrolyse entfernen.

Ischaemia, acuter Schnupfen, Nasensyphilis, sogar Tuberkulose erheischen eventuell einen Aderlass (S. 176, 189, 223). „Die jüngeren Aerzte verstehen kaum mehr Ader zu lassen, und darum wird der Spiess umgedreht und gesagt: Aderlass ist unnöthig, oder man gebraucht gar die Täuschung und sagt, der Genius epidemicus ist ein anderer geworden."

Das perforirende Nasenscheidewandgeschwür ist ein „eigenartiges" Leiden; Entstehung und Ursache bleiben oft dunkel; selten findet dasselbe sich beim männlichen (?), häufig beim weiblichen Geschlechte.

Coryza — Voltolini sah aus derselben Larynxphthise entstehen — Influenza, Pseudocroup, Heufieber etc. werden den Verhältnissen entsprechend bekämpft; Diphtheritis ist eine allgemeine Vergiftung des Körpers; auf dem Wege der Respiration kann das Virus nicht in den Körper gedrungen sein, es müsste sonst die Nase, was nie geschieht, zuerst erkranken; statt der localen Therapie räth er zur Kaltwassercur.

Beim Nasentripper und Ozaena ist die Douche verwerflich; reinigen lässt sich die Nase nur durch die Spritze.

Den Syphilisbacillus wünscht er gefunden; die subcutanen Quecksilberinjectionen sind „unzureichend und ekelhaft"; Zittmann's Decoct und Trinken von Aqua picea leisten auch viel.

Die Rotzkrankheit wird schön und ausführlich besprochen. Mit Zuckerkandl hält Voltolini die Ozaena für eine genuine Krankheit; sie ist ein ausschliessliches (?) Frauenleiden; das Gefässsystem soll auf ihre Entstehung von Einfluss sein (Moldenhauer). [Und bei ozaenakranken Männern?] Der specifische Geruch entsteht durch Zersetzung des Secretes der Bowman'schen Drüsen.

Im Rhinosklerom finden sich Bacillen vor; dasselbe ist ein dyskrasisches Leiden, die Prognose vorläufig trostlos, die Therapie wie bei Syphilis und Lupus.

Gutartige Neubildungen der Nase sind häufig; Epiphora als Folge dieser Neubildungen ist nach Voltolini und Mackenzie, entgegen Semon's Ansicht, ein seltenes Ereigniss.

Polypen rufen häufig Asthma hervor; so „roh", wie Voltolini den Gebrauch der Zange beim Entfernen derselben bezeichnet, ist sie sicher nicht.

An sich gutartige Neubildungen können zu bösartigen werden; die Aetiologie derselben ist noch dunkel.

Im Gegensatz zu Virchow, der zuerst das örtliche Leiden und dann die Dyskrasie sich entwickeln lässt, legt Voltolini bei der Entstehung aller bösartigen Neubildungen eine eigene sensible Beschaffenheit der Constitution zu Grunde.

„Die Krankheiten des Nasenrachenraumes, früher in Dunkel gehüllt, haben in letzterer Zeit wichtige Klärung erfahren." Der acute Katarrh, als Begleiter von Exanthemen, lässt sich durch Schwitzen eventuell durch adstringirende Mittel beheben; durchaus verwerflich ist bei der Pharyngitis granulosa eventuell chronica die Galvanokaustik. Sehr beherzigenswerth!

Die Nasenrachentumoren hat Bensch besprochen. Nur junge Männer (?) sind die unglücklichen Träger von solchen Neubildungen. Die Aetiologie ist in 3 Sätzen niedergelegt, welche im Original nachzulesen sind. „Die Diagnose wird durch die Rhinoscopia part. wesentlich erleichtert; schwerer ist sie schon beim syphilitischen Ulcus des Cavum pharyngo-nasale über dem Tub. antlant., namentlich zum Unterschied von dem tuberkulösen."

Gerade diejenigen Autoren, welche die besten Arbeiten über die Elektrolyse veröffentlicht haben, sind nach Voltolini aber auch an dem Dunkel derselben Schuld. Zur Wirkung bemerkt er, „dass, wenn sie auch nur eine chemische wäre, er doch kein Agens kenne, das so tief alles Lebendige zerstöre wie eben die Elektrolyse, und zwar durch die Zersetzung des Wassers resp. der Flüssigkeiten im thierischen Körper; sie ist von den destruirenden Mitteln das gewaltigste."

Das Capitel „Elektrolyse und die elektrolytischen Operationen" muss im Original studirt werden. Dieselbe in unserer Specialwissenschaft brauchbar gemacht zu haben, bleibt Voltolini's eigenstes Verdienst; ob sie zwar Alles das halten wird, was sich Voltolini von ihr in seinem Enthusiasmus verspricht, wage ich zu bezweifeln.

Unzart berührt hier, wie auch schon früher, dass Verf. die vollen ausgeschriebenen Namen von ärztlich behandelten Collegen wiedergiebt.

Die Vortheile der Durchleuchtung der Nase, „die durch Edison's Glühlicht in ein neues Stadium getreten ist," wird in dem Nachtrag besprochen und die Collegen gebeten, sich nicht abschrecken zu lassen und an den Versuch zu wagen.

In der Vorrede erwähnt Voltolini die Bedeutung des Corp. adip. mal. bei manchen Leiden; es finden sich nur zwei nebensächliche Bemerkungen (S. 27 u. 459) über dasselbe vor.

Gerade in unserer Specialwissenschaft verdanken wir dem Verf. hervorragende Leistungen. Auch in vorliegendem Werk zeigt er sich als Praktiker, der die Gabe zu combiniren und deduciren durch und durch besitzt, der, wie schon in der Einleitung bemerkt, seine Specialität der Gesammtmedicin anpasst, der den Beweis erbringt, dass durch dieselbe die allgemeine Wissenschaft ausgebaut wird. Der Styl ist fliessend, die Zeichnungen gut, die Disposition dürfte strenger gehalten sein.

Voltolini ist todt! Seine Leistungen sichern ihm einen ehrenvollen Platz in der ärztlichen Wissenschaft! Aschenbrandt.

# IV. Gesellschaftsberichte.

## Berliner Laryngologische Gesellschaft.

### Vierte Sitzung.

B. Fraenkel: Ueber die pathologische Bedeutung der Stimmbanddrüsen.

Dieser Vortrag wird nächstens in der Deutschen med. Wochenschrift veröffentlicht werden und bedarf nebst einer sich an denselben knüpfenden literarischen Fehde zwischen F. und Kauthack einer eingehenden Besprechung.

Krakauer: Ueber intranasale Synechieen und deren Behandlung.

K. spricht nur von den artificiellen und membranösen Synechieen zwischen Muschel und Septum; sie treten am häufigsten auf nach Operationen der Nasenpolypen, die im hinteren Theile einer verengten Nase sitzen. Die Synechieen bestehen aus straffem Narbengewebe. Er legt um dieselbe einen Draht, fädelt beide Enden in einen galvanokaustischen Schlingenschürer und schneidet, nöthigenfalls mit der glühenden Schlinge, durch. In die so geschaffene Passage legt er ein Stück desinficirtes Cartonpapier.

### Fünfte Sitzung.

A. Rosenberg demonstrirt einen Fall von Pharynxcarcinom.

Dasselbe machte klinisch resp. laryngoskopisch den Eindruck des Carcinoms; die mikroskopische Untersuchung einiger entnommener Stücke zeigte das Bild eines Papilloms. Die vollkommen entfernte Geschwulst wurde der Sammlung der Königl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke einverleibt. Nach 8 Wochen kommt P., eine 30jährige Bahnwärterfrau, erst wieder. Recidiv mit Ulceration. Mikroskopische Untersuchung jetzt entfernter Stücke zeigt Carcinom. Nun wird die Geschwulst aus der Sammlung in toto geschnitten, und jetzt erweist sich auch diese als Carcinom. Es ist also nöthig, will man sich auf die mikroskopische Diagnose verlassen, den Tumor bis an die Basis hin vollkommen zu durchmustern.

P. Heymann: Was nennen wir wahres Stimmband?

H. möchte zur Vermeidung unnöthiger Discussionen durch eine Einigung den Begriff des wahren Stimmbandes fixirt wissen. Er erörtert die verschiedenen Gesichtspunkte, welche zur Begriffsbestimmung benutzt werden können und führt aus, dass weder der systematisch-anatomische, noch der physiologische Standpunkt eine einwandsfreie Abgrenzung ermögliche; am besten wäre es möglich vom rein topographischen Standpunkte aus. Er schlägt vor, die untere Grenze des wahren Stimmbandes an der Stelle anzunehmen, wo die Schleimhaut die Verticale verlässt, um nach innen und oben eine schräge Richtung einzuschlagen.

Dementsprechend würde die äussere Grenze da zu suchen sein, wo die horizontal verlaufende Schleimhautfläche sich nach oben wendet.

G. Sandmann: Zur Physiologie der lufthaltigen Räume des Schädels.

S. giebt eine kritische Zusammenstellung der zahlreichen über die Functionen jener Räume aufgestellten Theorien. Sie dienen weder der Schleimsecretion, noch als vorwärmende Apparate für die Athemluft oder für die Resonnanz. Vielmehr sieht er besonders in den lufthaltigen Räumen des Schläfenbeins Schalldämpfungsapparate unserer Stimme für das eigene Ohr. Für das Geruchsorgan sind sie ohne Bedeutung. Sie sind rudimentäre Organe, die bei Thieren mit ausgebildetem Geruchsorgan als „Riechwülste" Riechschleimhaut tragende Theile des Siebbeins beherbergen. — Sie erleichtern das vordere Schädelgerüst. A. Rosenberg.

---

# V. Briefkasten.

## X. internationaler medicinischer Congress zu Berlin 1890.

### XII. Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

Vorläufige Tagesordnung.

Ansprache bei der Eröffnung der Section: Die Laryngologie seit dem letzten internationalen Congress 1887, Herr B. Fränkel (Berlin).

1) Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses, Referenten die Herren: Henry T. Butlin (London), J. Gottstein (Breslau).
2) Deviationen und Cristae des Septum Narium, Referenten die Herren: E. J. Moure (Bordeaux), A. Hartmann (Berlin).
3) Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase, Referenten die Herren: P. Mc. Bride (Edinburg). Ph. Schech (München).
4) Syphilis der oberen Luftwege, Referenten die Herren: L. Schrötter (Wien), George M. Lefferts (New-York).
5) Acute infectiöse Entzündungen des Pharynx und Larynx, Referenten die Herren: F. Massei (Neapel), Mor. Schmidt (Frankfurt a. M.).
6) Im Verein mit der pädiatrischen Abtheilung: Intubation, Referent Herr O. Dwyer (New-York).

Den anderen Referenten ernennt die pädriatische Section.

Die allgemeinen Bestimmungen entsprechen fast völlig denen der früheren internationalen Congresse. Wir entnehmen denselben folgende Punkte: Der Berliner Congress wird vom 4.—9. August 1890 tagen. Mitglied kann jeder gesetzlich qualificirte Arzt werden. Der Beitrag beläuft sich auf 20 Mark (= 1 Pfund Sterling, oder = 5 Dollars, oder = 25 Francs). Für diesen Beitrag erhält jedes Mitglied eine Copie der Verhandlungen. Es werden drei allgemeine und eine von jeder Section zu bestimmende Anzahl von Sectionssitzungen stattfinden. Unabhängige Vorträge sind erwünscht und kommen zur Diskussion, soweit es die nach Erledigung der allgemeinen Diskussionen freibleibende Zeit gestattet. Bezügliche Beiträge für die laryngo-rhinologische Section sind baldmöglichst bei dem Einführenden, Herrn Prof. B. Fränkel, Neustädtische Kirchstrasse 12, NW. Berlin, anzumelden. Kein Vortrag darf mehr als 20 Minuten in Anspruch nehmen. In der Diskussion darf kein Redner länger als 10 Minuten sprechen. Die officiellen Sprachen des Congresses sind: Deutsch, Englisch und Französisch.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt
für
# Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

**Jahrgang VI. Berlin, März. 1890. No. 9.**

## I. Referate.

### a. Allgemeines, äusserer Hals, Therapeutisches etc.

1) **G. Colloridi. Statistischer Bericht über die in der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten des Herrn Prof. Masucci behandelten Kranken. (Rendiconto statistico degli infermi curati nella clinica rino-laringo-otoiatrica del Prof. Masucci.)** *Rassegna critica internaz. Januar 1889.*

Vom 1. August 1887 bis 31. December 1888 wurden behandelt insgesammt 418 Kranke. Krankheiten:

| | |
|---|---|
| der Nase und des Nasenrachenraums . . . | 89, |
| des Mundes, Pharynx und Oesophagus . . | 121, |
| des Kehlkopfs und der Luftröhre . . . . . | 99, |
| des Hörorgans . . . . . . . . . . . . . . . | 109. |

Man findet 1 Fall von Laryngo-tracheitis haemorrhagica, 3 Fälle von syphilitischen Plaques der Kehlkopfschleimhaut (Condylome), 1 Fall von Gumma der Zunge, 1 von Oesophagismus u. s. w. — Auch über die Behandlung einige Bemerkungen.

CARDONE.

2) **Le Roy Dibble. Hyperhidrosis an den Füssen und ihre Beziehung zu catarrhalischen Affectionen der Nase. (Hyperidrosis of the feet and its relation to catarrhal affections of the head.)** *Kansas City Med. Record. Febr. 1889.*

Verf. glaubt manche Fälle von dauerndem Catarrh auf diese Ursache zurückführen zu können und behandelt sie danach.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

3) **Franklin Chappell. Die Häufigkeit der Erkrankung der oberen Luftwege. (The frequency of disease of the upper air-passages.)** *N. Y. Medical Record. 23. März 1889.*

Unter 2000 Kindern, die Chappell untersuchte, wurden 1231 gefunden, die an irgend einer anatomischen Abnormität der oberen Luftwege litten; bei der Mehrzahl dieser Fälle bestanden Zeichen von Verstopfung der Athemwege und Catarrh.

LEFFERTS.

4) **J. G. Carpenter. Aetiologie, Pathologie und Behandlung des acuten Catarrhs der oberen Luftwege. (Etiology, Pathology and treatment of acute catarrh of the upper air-passages.)** *Journ. of the American Med. Association. 3. u. 10. April 1889.*

Der Artikel giebt einen werthvollen Ueberblick über diese Affection, ohne etwas Neues zu sagen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) **E. B. Gleason. Die Behandlung catarrhalischer Nasen- und Halskrankheiten im Union-Hospital [Philadelphia]. (The treatment of catarrhal diseases of the nose and throat at the dispensary [Philadelphia].)** *Med. and Surg. Reporter. Philad. 16. März 1889.*

Atrophische Rhinitis wird mit Einblasungen von Silbernitrat behandelt (0,3 Grm. auf 10,0 Stärke); nach denselben wird ein festgedrehtes Wattebäuschchen in jedes Nasenloch gesteckt und dort gelassen; der Patient erneuert es so oft als nothwendig; der Zweck dieses ist, einen Reiz abzugeben und die atrophischen Gewebe zu neuem Wachsthum anzuregen, ferner eine Secretion anzuregen, welche den angetrockneten Schleim fortschwemmt und auch theilweise die erweiterten Nasenwege zu verschliessen, so dass die inspirirte Luft mehr mit dem Nasengewebe in Berührung tritt.

Bei Verhärtung der Tonsillen wird der Galvanokauter wiederholt applicirt, bei Tonsillitis Silbernitrat (3,5 Grm. auf 30,0 Wasser).

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

6) **Max Thorner. Chronische Halsaffectionen rheumatischen Ursprungs. (Chronic throat affections of rheumatic origin.)** *N. Y. Medical Record. 22. Juni 1889.*

Die Diagnose muss sich auf die Geschichte der Krankheit gründen. Bisweilen finden sich rheumatische Halsschmerzen bei Leuten, die nie an Rheumatismus gelitten haben, doch in der Mehrzahl der Fälle lässt sich die Krankheit auf frühere Erkrankungen zurückführen. Die Behandlung dieser Fälle muss, kurz gesagt, die des Rheumatismus im Allgemeinen sein; locale Applicationen können dabei mithelfen, können aber niemals für sich allein die Heilung herbeiführen. Natrium salicylicum, Salol, Wintergrünöl, Phytolacca und Jodkali sind besonders werthvoll. Bisweilen erweisen sich heisse Umschläge und der faradische oder galvanische Strom sehr wirksam und führen Besserung herbei. LEFFERTS.

7) **Dauzat. Der Lupus und seine Behandlung mit dem Wasser von Bourboule. (Le Lupus et son traitement aux Eaux de la Bourboule.)** Paris 1889.

Eine Reihe von Beobachtungen über Heilungen von Lupus durch Behandlung mit dem Mineralwasser im Verein mit der mechanischen Behandlung durch Ausschaben, Scarification etc. Der Verf. kommt zu dem Schlusse, dass das Bourboulewasser, innerlich wie äusserlich angewandt, gegen die verschiedenen Arten dieser Affection sehr wirksam ist; es handelt sich dabei um eine Veränderung des allgemeinen Ernährungszustandes zum Besseren. E. J. MOURE.

8) **J. Chiene** (Edinburgh). **Demonstration von Präparaten. (Pathological Specimens.)** *Edinburgh Med. Journ. Jan. 1889.*

Aus einer grossen Anzahl in der medicinisch-chirurgischen Gesell-

schaft demonstrirter pathologischer Präparate haben die folgenden für uns Interesse:

1. Ein medulläres Sarcom des Unterkiefers, entfernt nach vorhergegangener Tracheotomie. Tod nach 13 Tagen infolge von Pneumonie und Lungengangrän.

2. Eine Erbse, die von einer Frau aus einem Bronchus 12 Tage, nachdem sie inhalirt war, ausgehustet wurde. Kurze Zeit nach dem Unfall bot sie Erscheinungen von Pneumonie dar; allein diese waren wieder vollständig geschwunden und man gestattete ihr, das Hospital zu verlassen. Beim Treppensteigen hustete sie die Erbse aus.

3. Theile eines Unterkieferbeins, die zum Zweck einer zur Linderung der Schmerzen eines Zungenepithelioms vorgenommenen Resection des Zungen- und Unterkiefernerven entfernt waren. Es trat eine beträchtliche Salivation und Blutung ein, die 48 Stunden dauerte, doch war der Schmerz vollständig verschwunden.

P. M'BRIDE.

9) **Küthe. Tumor am Halse. (Gezwel aan den Hals.)** *Weekblad van Het Nederland. Tijdschr. voor Geneeskunde. No. 1. 1889.*

K. stellt in der Tieler med. Gesellschaft einen Patienten mit einer Geschwulst am Halse vor, welche zu exstirpiren er die Absicht hat.

BAYER.

10) **M. Giommi** (Cesena). **Aneurysma in Folge von Anastomosenbildung der Carotis facialis mit ihren Aesten, geheilt durch Ligatur des Carotisstammes und der Hauptäste des Tumors. (Di un aneurisma per anostomosi della carotide facciale e delli sue diramazione, guarito con l'allaciatura della carotide primitiva et delle arterie principali del tumore.)** *Riforma medica. 27. März 1889.*

Der Tumor, der etwa orangengross war, nahm bei der 30jährigen Frau die ganze Parotisgegend ein; es handelte sich um ein Aneurysma cirsoides der Carotisäste; dasselbe war angeboren, die Patientin hatte von Geburt an die Geschwulst, damals von Erbsengrösse.

Die Kranke litt an Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Schwindelanfällen; sie klagte über das störende Aussehen der Geschwulst.

Die Heilung war eine vollständige. Nach 6 Monaten sah die Kranke normal aus.

CARDONE.

11) **Devos. Sublinguale Dermoidcyste. (Kyste dermoide sublinguale.)** *La Presse Médical Belge. No. 2. 1889.*

D. zeigt in der anatomisch-pathologischen Gesellschaft von Brüssel eine congenitale, mandarinengrosse Dermoidcyste vor, welche vom Boden der Mundhöhle herstammt und von Thiriar operirt worden war. Dieselbe war 5 Jahre früher von Guerin mil Punction und Injection behandelt worden und hatte damals schwere Erscheinungen von Seiten der Respiration, der Deglutition und Phonation veranlasst, welche sich auch diesmal 8 Tage nach der Operation wiederholten. Daher sei es am besten, um diese gefährlichen Erscheinungen zu vermeiden, die Radicalcur vorzunehmen mit Einlegen eines Drains behufs des Secretabflusses.

BAYER.

12) **Laurent (Hal). Ueber das Hygroma thyro-hyoideum oder Boyer'sche Cyste. (De l'hygroma thyro-hyoideum ou Kyste de Boyer.)** *La Clinique. No. 21. 1889.*

Der Autor bespricht zunächst die Pathogenese und Diagnose des Hygroma thyr.-hyoid., worauf er einen Fall aus seiner Praxis mittheilt, der zweimal nach der Exstirpation recidivirte, schliesslich durch Hindurchführen eines silbernen Haarseils zum Verschwinden gebracht, nach 6 Monaten trotzdem wieder recidivirte. Der Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. die Diagnose „Thyreohyoidealcyste" bietet häufig grosse Schwierigkeiten;
2. die Pathogenese derselben variirt, bald ist ihr Ausgangspunkt das Fortbestehen einer Kiemenspalte, bald die anormale Entwickelung, spontane oder secundäre, des Schleimbeutels, wobei ausserdem noch die Natur des Bodens von Einfluss ist;
3. die Behandlung ist beinahe immer unwirksam, ja zuweilen mit Gefahr verbunden.

BAYER.

13) **Kirmisson. Secundäres Epitheliom der Submaxillardrüsen. (Epithelioma secondaire des ganglions sous-maxillaires.)** *Le Praticien. 8. April 1889.*

Drei Jahre zuvor bestand eine kleine Ulceration der Unterlippe, welche damals entfernt wurde; ein locales Recidiv trat nicht ein, aber heute zeigen die submaxillaren Drüsen eine krebsige Degeneration; der Verf. hat die Absicht, sie zu operiren.

E. J. MOURE.

14) **Lodewijks. Lymphosarcom einer Submaxillardrüse. (Lymphosarcoom van een submaxillairklier.)** *Weekblad van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

L. sprach in der Septembersitzung der Harlemer med. Gesellsch. über die Entwickelung und den Verlauf eines Lymphosarcoms bei einer 50jährigen Dame, bei der das Leiden mit Anschwellung einer Submaxillardrüse begonnen hatte.

BAYER.

15) **Fijan. Halscarcinom. (Carcinoom van den hals.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

In der Septembersitzung der Harlemer med. Gesellsch. zeigt F. eine Serie von Photographien eines Halscarcinoms, das sich bei einem Jüngling von 18 Jahren entwickelt hatte.

BAYER.

16) **Perret. Die Parotitis. (Des oreillons.)** *La Province médicale. 8. Juni 1889.*

Nichts Neues.

E. J. MOURE.

17) **Radionow. Zur Therapie der Parotitis. (K letschenijn parotita.)** *Wojen. ssanit delo. No. 31. 1889.*

Nach dem Vorschlage Morosow's hat Verf. 8 Fälle von Parotitis mittelst Einreibung von Ol. Jec. Asell. behandelt mit nachfolgender Watteeinwickelung. Heilung in 2—4 Tagen.

LUNIN.

18) **E. Schwartz. Beitrag zum Studium der submaxillären infectiösen Phlegmonen [Angina Ludovici, submaxilläre infectiöse Angina]. (Contribution à l'étude des phlegmons sous-maxillaires infectieux [angine de Ludwig, angine sous-maxillaire infectieuse].)** *Journ. des Conn. méd. 25. April 1889.*

Verf. hat 2 Fälle von dieser Affection beobachtet, für die er die Benennung „infectiöse submaxillare Phlegmone“ mit Rücksicht auf die Verschiedenheit der Localisation des pathologischen Processes vorschlägt. Als allgemeine Behandlung empfiehlt er: Chinin und Tonica; zur localen Behandlung: antiseptische Mundausspülungen, antiseptische interstitielle Injectionen, Incision oder Cauterisation des phlegmonösen Herdes. E. J. MOURE.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **G. Ferreri** (Rom). **Practischer Leitfaden für die Diagnose und Behandlung der Nasenkrankheiten. (Indirizzo pratico alla diagnosi e cura delle malattie nasali.)** Verlag von Vallardi, Mailand. 1888.

Der Band im 16 $^{0}$-Format hat 340 Seiten mit 39 Figuren. Es werden die Nasenkrankheiten, ihre rhinoskopische Untersuchung und die praktischeren Behandlungsmethoden einfach auseinandergesetzt. CARDONE.

20) **Rushton Parker** (Liverpool). **Ein Fall von Rhinoplastik. (Case of rhinoplasty.)** *Liverpool Med. Chir. Journ. Juli 1889.*

Die Operation wurde unternommen zur Beseitigung einer Deformität, die von Lupus herrührte; es wurde ein theilweiser Erfolg erzielt. P. M'BRIDE.

21) **Pilz** (Wien). **Ueber einen Fall von partieller Rhinoplastik.** Demonstration in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte am 15. März 1889. *Wiener klinische Wochenschr. No. 12. 1889.*

Ein Defect der Nasenspitze und des vorderen Theiles des Septums wurde durch einen aus dem linken Oberarm geschnittenen trapezförmigen Lappen gedeckt. Nach 20 Tagen wurde der Lappen vom Oberarm abgetrennt; hierauf wurde durch einige Nachoperationen eine Einsenkung des Nasenrückens, eine Senkung des Septums behoben und die Form des Naseneinganges verbessert.

CHIARI.

22) **Abraham** (London). **Nasale Meningocele. (Nasal meningocele.)** *Brit. Med. Journ. 9. Febr. 1889.*

A. demonstrirte am 1. Februar 1889 der West London Medico-chirurgical Society einen 31jähr. Mann mit einer den grösseren Theil der Nase einnehmenden und unterhalb der Nasenknochen entspringenden Meningocele. Bei der Geburt hatte die Geschwulst verhältnissmässig dieselbe Grösse. Vor etwa 6 Jahren war sie nach einer Verletzung entzündet und wurde incidirt. Es entleerte sich Blut und „Wasser“, letzteres tropfte etwa einen Tag aus. Dann schloss sich die Incisionswunde. Gegenwärtig misst die Geschwulst ca. $2^1/_2$ Zoll im Längs- und

Querdurchmesser und zeigt expansive Pulsation, die graphisch registrirt worden war, wobei rapides systolisches Ansteigen und wohlmarkirte Dicrotie gefunden wurde. Die Respiration afficirte diese Phänomene nur wenig. SEMON.

23) **Jul. Scheff** (Wien). **Durchbruch eines oberen rechten grossen Schneidezahnes durch den Canalis incisivus nach der Nasenhöhle.** *Oesterr.-Ungar. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkunde. IV. Jahrg. 4. Heft. 1888.*

Der Fall ist deswegen merkwürdig, weil der rechte Schneidezahn in der linken Nasenhälfte erschien und zwar auf dem Wege des Canalis incisivus. Wahrscheinlich war der Zahnkeim nicht normal gestellt und entwickelte sich später als die übrigen Zähne; sein natürlicher Platz war dann schon besetzt und er wuchs mit der Krone nach aufwärts durch den Canalis incis. in die Nasenhöhle. Das ganze Verhalten wurde erst am macerirten Schädel bemerkt, der noch mehrere Zahnanomalien aufwies. CHIARI.

24) **Heckmann. Unstillbares Nasenbluten. (Eene nich te stelpen neusbloeding.)** *Weekblad van Het Nederland. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

In der Januarversammlung der med. Gesellschaft zu Oldaubt berichtet H. über einen Fall unstillbaren Nasenblutens, welches dadurch zum Aufhören gebracht wurde, dass man den Mann in eiskaltem Wasser sitzen liess.

BAYER.

25) **S. von Stein** (Moscau). **Eine neue Form von chronischem Schnupfen. (Newaja forma choaitscheskowa nosmorka [Coryza vasa-dilatatoria chronica].)** *Med. obsr. No. 17. 1889.*

Unter dem Namen Coryza vasodilat. chron. beschreibt S. eine Art chronischen Schnupfens mit folgenden Symptomen: Hyperämie der Nasenschleimhaut, Gefühl von Trockenheit in der Nase, ganz wie im Beginn eines acuten Schnupfens, zeitweise Absonderung eines durchsichtigen Schleims, Abwesenheit eines hyperplastischen Processes, beständige oder vorübergehende Röthung der Nase und Conjunctivitis catarrh. Verf. ist geneigt, diese Krankheit auf centralen Ursprung zurückzuführen. LUNIN.

26) **J. B. Hamilton. Ein Fall von chronischer hypertrophischer Rhinitis und ihre Behandlung. (A case of chronic hypertrophic rhinitis and its treatment.)** *Southern California Practitioner. März 1889.*

H. erzählt einen Fall als Beispiel für den Werth der chirurgischen Behandlung. Eine eigenthümliche Idiosyncrasie der Patienten äusserte sich darin, dass die Anfälle von Coryza durch jede Berührung mit Pferden herbeigeführt wurden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **G. Ferreri** (Rom). **Das Creosot bei fötider Rhinitis. (Il creosoto nella rinite fetida.)** *Bollettino della Societa Lancisiana. Decbr. 1888.*

F. hat mit dem Creosot gute Resultate erzielt. CARDONE.

28) **Scheinmann** (Berlin). **Zur Diagnose und Therapie der nasalen Reflexneurosen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 14 u. ff. 1889.*

Verf. bespricht auf Grund in der Fränkel'schen Universitätspoliklinik

und in der Privatpraxis gesammelter Erfahrungen zunächst die Diagnose der häufigsten Neurosen nasalen Ursprungs. Nach einem historischen Rückblick auf die wichtigsten Phasen der Entwickelung dieser Frage hält er es an der Zeit, die allgemeine ärztliche Anerkennung für die Thatsache zu fordern, dass relativ häufig Neurosen im Gebiet des Trigeminus, Vagus und Sympathicus mit pathologischen Zuständen in der Nase zusammenhängen. Bei Stellung der Diagnose sei dieses Verhältniss zu berücksichtigen. Der einzuschlagende Weg zur Diagnose führt durch 3 Stadien. Das erste ist, dass man an den Zusammenhang denken muss. Alsdann ist im Anfall ein „allgemeines Cocainexperiment" vorzunehmen. Für dasselbe empfiehlt Verf. eine „Nasenbrause", welche die Cocainlösung nach allen Richtungen hin entleert. Der positive Erfolg dieses ersten allgemeinen Cocainexperiments schaffe die werthvolle Wahrscheinlichkeit mit allen daraus resultirenden Forderungen. Ein negativer Ausfall sei mit Vorsicht zu verwerthen. Exact sei die Diagnose aber erst, wenn ein den spontanen Anfällen analoger von einer bestimmten Stelle ausgelöst oder ein bestehender Anfall von einer bestimmten Stelle aus coupirt sei. Es sei nicht nöthig, dass immer auch andere Zeichen von Neurasthenie vorhanden seien, da die nasale Hyperästhesie das erste Symptom sein könne, dem dann erst andere folgen. Gewiss sei, dass in manchen Fällen nach Beseitigung localer Affectionen jede Spur nervöser Reizbarkeit schwinde.

Dass in vielen Fällen Recidive eintreten, könne nicht Wunder nehmen. Auch die Recidive werden durch locale Therapie beseitigt.

An der Hand ausgewählter Fälle bespricht Verf. sodann die häufigsten Neurosen: 1. Kopfschmerz und Trigeminusneuralgien, 2. Parästhesien des Pharynx, 3. Krampfhusten, 4. Coryza vasomotoria, 5. Asthma. Auch Complicationen dieser einfachen Formen kommen vor. Ebenso wie von der Nase aus lässt sich in einzelnen Fällen der Krampfhusten durch eine locale Pharynxerkrankung bedingt finden: Uebergangsformen seien häufiger, als wohlausgebildete Neurosen. In dem Capitel über Asthma schildert Verf. 2 Fälle von Beziehungen des Genitalsystems zur nasalen Hyperästhesie. Bei beiden Kranken trat beim Coitus Asthma und Coryza vasomotoria auf.

Während der Anfälle findet man häufig eine um Vieles gesteigerte nasale Hyperästhesie und zwar sowohl hinsichtlich der Intensität, als Extensität gegenüber den anfallsfreien Zeiten. Ebenso fand sich in freien Zeiten häufig hochgradige Schwellung der unteren Muscheln, auf welche früher das Hauptgewicht gelegt sei.

Für die Therapie ergeben sich folgende Aufgaben: Beseitigung der Hyperästhesie der Nasenschleimhaut, sorgsame Behandlung der vorhandenen Nervenschwäche, Beseitigung aller Momente, welche als besonders wirksame Reize bekannt sind.

Die in der Fränkel'schen Klinik geübten Methoden werden dann geschildert. Diese, wie die vielen eingestreuten, zum Theil recht instructiven Krankengeschichten sind im Original nachzulesen. LANDGRAF.

29) **Tenneson. Tuberculose der Nase. (Tuberculose nasale.)** *Ann. de dermat. et de Syphil. 25. März 1889.*

Verf. stellt einen Kranken vor mit einer Ulceration der Nase, die 4 Monate alt und von unregelmässiger Form ist. Die specifische Behandlung blieb ohne Erfolg. Die rechte Lunge ist indurirt; es besteht Albuminurie und Diarrhoe.

E. J. MOURE.

30) **V. Cozzolino** (Neapel). **Syphilis der Nase; secundäre Erscheinungen. (Sifilide nasale; manifestazione secondarie.)** *Rivista Clinica de l'Universita de Naples. Febr. 1889.*

Eine klinische Vorlesung.

CARDONE.

31) **W. Schutter. Lupus nasi.** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Sch. stellt in der Arnheimer med. Gesellschaft vom 8. März einen Patienten mit Lupus nasi vor, bei welchem er günstige Erfolge erzielt hatte durch Behandlung mit Milchsäure und mechanischer Entfernung der Infiltrationen. BAYER.

32) **J. Felix** (Brüssel). **Bemerkenswerther Fall von Rhinitis in Folge eines Fremdkörpers. (Cas remarquable de rhinite par corps étranger.)** *Archives de Méd. et de Chir. pratiques. Mai 1889.*

Ein „harter" Kirschkern, welcher in der rechten Nasenhälfte steckte, aber vom Autor, weil er nicht rhinoscopirte, nicht aufgefunden, sondern zwei Tage später, während derer die Patientin ein Pulver aus Bismuth, Cocain etc. geschnupft hatte, plötzlich ausgeschnaubt wurde. Dies veranlasst den Verfasser zu folgendem Ausspruch: „Das beweist uns, wie das vorsichtig handeln heisst, wenn man, ehe man irgend eine Operation unternimmt, sich zuerst einfacher therapeutischer Mittel bedient, die praktisch und rationell sind, und von denen man für seine Patienten den grössten Vortheil erzielen kann, indem man ihnen so jeden unnöthigen chirurgischen Eingriff erspart!!" BAYER.

33) **Hauquet. Fremdkörper, der über zwei Jahre in der Nasenhöhle einer erwachsenen Person verweilt hatte. (Corps étranger ayant séjourné plus de deux ans dans une fosses nasale chez une personne adulte.)** *Archives Méd. Belge. April 1889.*

Um einen Kirschkern hatte sich ein Rhinolith gebildet, zum grössten Theil zusammengesetzt aus Kalksalzen bei einer 40jährigen Dame, welche ihn während eines Niesanfalls zu Tage förderte, ohne die geringste Ahnung davon zu haben, wie der Kirschkern in die Nase gelangt war. BAYER.

34) **Van der Heide. Rhinolith.** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Demonstration eines Rhinolithen, welcher sich bei einer jungen Dame im rechten unteren Nasengang gebildet hatte und an der unteren Muschel festsass und einen fötiden purulenten Ausfluss unterhalten hatte. Er bestand hauptsächlich aus kohlensaurem Kalk und schien sich um einen Knopf gebildet zu haben.

BAYER.

35) **George B. Hope. Zange zum Zerbrechen der Nasenscheidewand. (Forceps for refracture of nasal septum.)** *N. Y. Medical Report. 26. Jan. 1889.*

Durch die Action der Zange, deren eines Blatt eine Stahlspitze trägt, die in eine entsprechende runde Oeffnung des anderen Blattes hineinpasst, wird die Scheidewand in einer Linie von Stichen durchbohrt, die in genügenden Zwischenräumen vorgenommen werden, um die Bruchrichtung in genauer Uebereinstimmung mit der Absicht des Operateurs zu bestimmen. Vollendet man die Trennung der Continuität des Knochens mit der Adam'schen Zange, so wird zum Vortheil der betreffenden Gewebe jegliche extreme Gewaltanwendung, wie sie gewöhnlich nothwendig ist, überflüssig. LEFFERTS.

36) **E. v. Schroeder. Bemerkungen zu dem neuerdings vorgeschlagenen Apparate für Nasenspülungen.** *Med. pribaw. k morsksborn. No. 2. 1889.*

Nach einem Referat in der Petersb. med. Wochenschr. blos eine Besprechung des von Broich empfohlenen Nasenspülers. Das Original war dem Ref. nicht zugänglich. LUNIN.

37) **Leonard A. Dessar. Ein neuer Nasenirrigator. (A new nasal cup.)** *N. Y. Med. Record. 9. März 1889.*

Derselbe besteht aus einem Glasgefäss, dessen Ausflussrohr so gestaltet ist, dass es in das Nasenloch passt; die Flüssigkeit wird in die Nase irrigirt, während man den Kopf etwas nach vorwärts neigt und den Mund offen hält.

LEFFERTS.

## c. Mundrachenhöhle.

38) **W. Bennett. Beiderseitige Ankylose des Unterkiefers mit Erfolg behandelt durch die Excision beider Kieferwinkel. (Ankylose bilatérale du maxillaire inférieur traitée avec succès par l'excision des deux angles de l'os.)** *Lettre d'Angl. in: La Sem. méd. 22. Mai 1889.*

Die Ankylose war rheumatischen Ursprungs; der Kranke hatte bereits ohne Erfolg die Excision der beiden Condylen und eines Theiles des aufsteigenden Kieferastes durchgemacht. — Die Fasern der Masseteren und der Mm. pterygoidei interni sind in solchen Fällen zu schonen. E. J. MOURE.

39) **P. Gagliardi. Necrose des Oberkiefers bei Ileotyphus. (Necrosi del mascellare superiore da ileo-tifo.)** *Gli Incurabili. April-Mai 1889.*

Eine eingehende klinische Schilderung des Krankheitsverlaufes. Es handelt sich um ein 18jähriges Mädchen von sehr schlankem Bau. Die Nekrose ergriff den Oberkiefer und auf der linken Seite fast die Hälfte des Gaumenbogens; die gangränöse Schleimhaut stiess sich ab. — Diese Complication entwickelte sich in wenigen Tagen, etwa am 30. Tage der Erkrankung. Der Kranke starb.

G. führt die Necrose auf locale Anämie etc. zurück. CARDONE.

40) **L. G. Campbell. Excision des Processus condyloideus wegen Ankylose des Kiefergelenks. (Excision of condyle of the jaw for anchylosis.)** *Glasgow Med. Journ. Mai 1889.*

Der Patient wurde in der Glasgower medicinisch-chirurgischen Gesellschaft vorgestellt; die Details des Falles werden nicht mitgetheilt. P. M'BRIDE.

41) **Leprévost. Wiederherstellung der Mundhöhle nach Resection des Oberkiefers behufs Entfernung eines Nasenrachenpolypen. (Restauration de la cavité buccale à la suite d'une résection du maxillaire supérieur pour l'ablation d'un polype naso-pharyngien.)** Soc. de Chirurgie in: *Le Progrès méd. 8. Juni 1889.*

Bericht über den Krankheitsverlauf mit Vorstellung des Kranken.

E. J. MOURE.

42) **Jalaguier. Subperiostales Osteom des Unterkiefers nach fehlerhafter Entwicklung eines Weisheitszahnes. (Ostéome sous-périosté du maxillaire inférieur consécutif à l'évolution vicieuse d'une dent de sagesse.)** *La Semaine méd. 21. April 1889.*

Es bestand rechterseits eine harte, glatte Geschwulst des Unterkiefers, ausgesprochen im Bezirk des Kieferwinkels, dabei Contractur. Die Operation beschränkte sich auf die Extraction eines Weisheitszahnes, aber im selben Jahre mussten noch 2 neue Operationen ausgeführt werden, nämlich die Entfernung von neugebildetem spongiösen Knochengewebe und die Application sehr tiefer, punktförmiger Thermokauterisationen, um der Wiederbildung der Massen vorzubeugen. E. J. MOURE.

43) **Polaillon. Paradentäres Epitheliom unter den Syptomen eines Unterkiefersarcoms; Resection des Kiefers. Heilung. (Epitheliome paradentaire, présentant tous les signes d'un sarcome du maxillaire. Resection du maxillaire, guérison.)** *L'Union méd. 26. März 1889.*

Die Geschwulst war kindskopfgross. E. J. MOURE.

44) **Coppens. Osteomyelitis des Unterkiefers mit suppurativer Phlebitis der Jugularvenen und der intracraniellen Sinus. (Ostéomyelite du maxillaire inférieur — Phlébite suppurée consecutive des veines jugulaires et des sinus intracraniens.)** *Bull. méd. du Nord. März 1889.*

Die linke Hälfte des Unterkiefers lag gänzlich entblösst da, der Knochen war nekrotisch und wurde von einer putriden Masse umspült. Die Geschwindigkeit und die Intensität, mit der die Erscheinungen eingesetzt hatten, liessen an der Diagnose gar keinen Zweifel. In solchen Fällen bietet allein die schleunige Abtragung des Kiefers noch einige Chancen auf Erfolg. E. J. MOURE.

45) **W. Schlendrikowski. Erfolgreiche Transplantation von Schleimhaut. (Udatschni slutschai peresadki slisistoi obolotschki.)** *Wratsch. No. 23. 1889.*

Bei einem 16jährigen Knaben war nach einer grossen penetrirenden Wangenwunde vollkommene Verwachsung der Wundränder mit den beiden Kiefern eingetreten, so dass Pat. den Mund nicht im mindesten öffnen konnte. Nach Durch-

trennung der Verwachsungen und Ablösung der Wange von den Kiefern transplantirte Verf. auf die Wundfläche der Wange 3 Schleimhautstückchen (je 1 Ctm. lang und $^1/_2$ Ctm. breit), von denen 2 anwuchsen, und Pat. konnte als geheilt entlassen werden. LUNIN.

46) **Siemens** (Opwierde). **Epitheliom der Unterlippe. (Epithelioom aan de Onderlip.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Das Epitheliom wurde mit Collodium, Extr. Cannab. und Acid. salicyl. behandelt und auf diese Weise zum Verschwinden gebracht. (!?) BAYER.

47) **Van der Hagen. Einige Fälle von Soor. (Enkele gevallen van Soor.)** Maisitzung der Med. Gesellschaft von Hertogenbosch. *Weekbl. van Het Nederland. Tijdschr. voor Genesk. No. 1. 1889.*

Weiteres nicht mitgetheilt. BAYER.

48) **Maurice H. Richardson. Buccalneuralgie. (Buccal neuralgia.)** *N. Y. Med. Record. 29. Juni 1889.*

Der Fall des Autors wurde nach der Methode von Zuckerkandl behandelt; der Hauptstamm des Nerven wurde bei seinem Austritt aus dem Raum zwischen Proc. coronoideus des Unterkiefers und Insertion des Musc. temporalis durchtrennt. Es sind mehrere Methoden der Operation am unteren Zahnnerven beschrieben worden; die wichtigste unter ihnen war die totale Ausreissung des Nerven nach Trepanation über beiden Foram. dental. und mental. In einem Falle wurde wegen der grossen Schwierigkeit dieser Operation und der folgenden Articulationsstörungen nach Durchschneidung des distalen Endes am Foramen mentale der ganze Nerv aus dem Zahncanal durch eine intrabuccale Incision herausgezogen. In einem Falle trepanirte der Autor den Unterkiefer an der Stelle des 3. Molarzahns. In mehreren Fällen wurde das Periost des Bodens der Orbita aufgehoben, der Oberkiefernerv in der Fossa sphenomaxillaris durchtrennt und aus dem Foramen infraorbitale herausgezogen; die distalen Fasern wurden aus dem Gewebe mit der Zange herausgedreht. Diese Methode ist der Carnochanschen Operation, die durch die Highmorshöhle zum Ganglion Meckelii geht, vorzuziehen. Einer von diesen Fällen endete ungünstig. LEFFERTS.

49) **Llewellyn Morgan. Ein Fall von Aptyalismus. (A case of aptyalism.)** *Liverpool Med. Chir. Journ. Januar 1889.*

Vor 8 Monaten legte sich Pat., eine 35jährige Frau, nach einer geringen geistigen Anstrengung ganz wohl zu Bett; am nächsten Morgen waren ihr Mund und Hals ganz trocken. Dieser Zustand dauerte mehr oder weniger ausgesprochen die ganze Zeit seither an, obschon 2mal eine Besserung eintrat nach dem Gebrauch von Jaborandi, einmal mit Physostigmin und einmal mit Nux Vomica und Gentiana.

Die Trockenheit führte zum Springen der Lippen, die Zunge war roth und glatt, die Papillen verschwunden. Morgan berichtet über Fälle von Hutchinson,

Hadden, Butlin, Crocker und Broadbent. Es ist dieser chronische Zustand in seiner vollen Entwickelung nach Morgan — wenn wir ihn recht verstehen — nur 7 mal und stets bei Frauen beobachtet worden. P. M'BRIDE.

50) **Francis W. Clarke** (Luton). **Ein Fall von Speichelstein; Entfernung. (Case of salivary calculus; removal.)** *Brit. Med. Journ. 27. April 1889.*

Bericht über einen Fall, in dem der Ductus Whartonianus bei einem 29jährigen Manne 4 Jahre lang durch einen Stein von der Grösse etwa einer kleinen Bohne verschlossen wurde. MACKENZIE-JOHNSTON.

51) **R. Parry** (Carnarvon). **Ein zweiter Fall von Speichelstein; Entfernung desselben. (An other Case of salivary calculus; removal.)**

Bericht über einen Fall von Speichelstein bei einem 60jährigen Mann; derselbe wurde durch Spalten des Ganges entfernt und wog 0,5 Grm.

MACKENZIE-JOHNSTON.

52) **E. P. Davis. Erysipel des Gesichts und Rachens. (Erysipelas of the pharynx and face.)** *Med. and Surg. Reporter. Philad. 9. Febr. 1889.*

Die Krankheit begann mit Entzündung der Tonsille; das Hauptinteresse des Falles liegt in der Pforte für die septische Infection, die die vergrösserte Tonsille darbot. W. S. SWIFT (LEFFERTS).

53) **S. de Renzi** (Neapel). **Ulcerationen im Pharynx bei der Febricula. (Ulcerazioni del faringe nella febbricola.)** *Arch. intern. di Laring. etc. Januar-April 1889.*

Klinischer Bericht über einen Fall mit theoretischen Betrachtungen.

CARDONE.

54) **S. O. Van der Poel. Mycose des Rachens. (Pharyngeal Mycosis.)** *N. Y. Med. Journ. 9. Febr. 1889.*

Die Arbeit giebt ein gut geschriebenes und sehr vollständiges Resumé über diesen Gegenstand, doch nichts Neues. LEFFERTS.

55) **P. Brignone** (Tunis). **Schussverletzung mit darauf folgender Rachenfistel; Heilung. (Colpo d'arma da fuoco; fistula faringea consecutiva; guarizione.)** *Gazzetta degli ospitali. 10. März 1889.*

Das Geschoss drang in den Mund bei geschlossenen Lippen, es riss die Schneidezähne fort, verletzte die Zunge und drang in den Pharynx und durch den Hals in seiner ganzen Dicke. An derselben Seite kam es hinten wieder heraus, indem es so einem Wege folgte, der nach oben und unten von den beiden Querfortsätzen des 3. und 4. Halswirbels begrenzt wurde; nach innen lag die Arteria vertebralis, nach aussen von demselben die Carotis, der Vagus und der Stamm des Sympathicus. Die Vena jugularis lag ein wenig mehr nach aussen. — Auf diese Weise erfolgte keine Wirbelabsplitterung, keine tödtliche Blutung, keine schweren Lähmungen: die einzige Folge war die Läsion der Muskeln und durch diese Störungen in den Bewegungen des Halses.

Der Verwundete litt an Dysphagie und diffusem Emphysem am Halse. Wenn er schluckte, drangen Luftblasen, mit Blut und Eiter vermischt, aus der äusseren

Halswunde. Injectionen, die vorgenommen wurden, drangen in den Mund, eine Sonde kam bis zur Zunge. Schmerzen in den Schultern, am Halse. Fieber bis 40°. In der ersten Zeit Zwangsernährung. Die Rachenfistel bleibt; Operation bestehend in Vernähung der Rachenwunde mit Silberfäden. Vereinigung der Wundränder am 3. Tage. Vollständige Heilung. CARDONE.

56) **J. Solis Cohen. Die gewöhnliche membranöse Halsentzündung. (Common membranous sore throat.)** *N. Y. Med. Journ. 23. März 1889.*

Eine ziemlich häufige Form von Halserkrankung, die oft mit der Diphtherie zusammengeworfen wird; sie tritt zu allen Jahreszeiten auf und wird charakterisirt durch die Exsudation von eventuell fibrinösen Producten, die auf der Oberfläche der Schleimhaut zu einem Häutchen oder einer Pseudomembran gerinnen. Es wird von manchen Beobachtern behauptet, dass wenige Stunden nach der Invasion die ersten Symptome der Localerscheinungen der Krankheit stets am Gaumen und Zäpfchen, bisweilen an den Tonsillen, weniger häufig im Rachen und nur gelegentlich am harten Gaumen wahrzunehmen sind. Kleine Bläschen in der Grösse eines Hirsekorns oder etwas grösser treten isolirt oder in Gruppen auf, mit mehr oder weniger trübem Inhalt, jedes umgeben von einer Zone lebhafterer oder schwächerer Entzündung.

Die Diagnose begegnet oft grossen Schwierigkeiten, hauptsächlich weil die Krankheit selten während dieses Stadiums der Bläschenbildung zu Gesicht kommt. Ist die Diagnose mit genügender Sicherheit zu stellen, so liegt keine Indication für eine besondere Behandlung vor; die bei den gewöhnlichen Halskrankheiten eingehaltene Behandlung kann im Allgemeinen mit Vortheil angewandt werden. Die Krankheit setzt sich in der Praxis selbst ihre Grenzen, sie hat die Tendenz zu heilen.

In Fällen von recurrirender oder chronischer membranöser Halserkrankung muss die Ursache in der Wohnung des Patienten oder in seiner Berufsstellung gesucht werden. Sollte eine von beiden als ungesund befunden werden, so wird die möglichst weite Entfernung in eine gesundere Umgebung von dauerndem Nutzen sein. LEFFERTS.

57) **A. Petrone** (Catanien). **Beitrag zur Pathogenese der Geschwülste in einem eigenartigen Fall von Teratom des Rachens mit dem Aussehen eines Hautpolypen. (Contribuzione all' etiogenesi dei tumori in un caso singolare di teratoma all' apparenza di polipo cutaneo del gutture.)** *Gazzetta degli Ospitali. 3. März 1889.*

Es handelte sich um einen kleinen Knaben von 6 Monaten, der seit seiner Geburt Schwierigkeiten beim Schlucken hatte; beim Saugen bekam er Husten und Erbrechen. Mit dem Aelterwerden des Kindes wurden die Beschwerden grösser. Im Munde sah man einen Tumor mit einem 2 Ctm. langen Stiel, der an der hinteren oberen Wand des Nasenrachenraumes, wahrscheinlich an der Mündung der Tuba Eustachii festhaftete.

Die Geschwulst hatte die Grösse einer Nuss, Eiform, und war von weisser Haut mit Flaumhaaren bekleidet.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Natur dieser Bekleidung, die aus Haut mit allen ihren Bestandtheilen, und zwar in frischem jungen Zustande, genau wie die Haut beim Fötus am Ende der Fötalperiode gebildet war. Die Hauptmasse der Geschwulst war Fettgewebe mit einem fibrösen Stroma, an einigen Punkten Knorpelanlagen.

Wichtige Betrachtungen schliesst der Autor an die Veröffentlichung dieses in seiner Art einzigen Falles der Teratologie. CARDONE.

## d. Diphtheritis und Croup.

58) **A. Schtscherbakow. Jahresbericht über die neuen therapeutischen Mittel gegen Diphtherie für das Jahr 1888.** Rostow a. Don.

Einfache Aufzählung aller Mittel in Receptform, die in den letzten Jahren gegen die Diphtheritis empfohlen worden sind. LUNIN.

59) **Leonard Cane** (Peterborough). **Die Behandlung der Diphtherie mit Salicylsäure. (The treatment of diphtheria by salicylic acid.)** *Brit. Med. Journ. 20. April 1889.*

Seit 10 Jahren hat C. Gurgelungen von Salicylsäure oder Natron salicylicum bei Diphtheritis mit gutem Erfolge angewandt. MACKENZIE JOHNSTON.

60) **Devic. Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphthérie.)** *La Province med. 30. März 1889.*

Verf. äussert sich über die Methode von Hennig in Königsberg (s. Berliner klin. Wochenschr., Februar 1889, No. 18 u. 25), die in dem gleichzeitigen Gebrauch von Kalkwasser und Eis besteht. E. J. MOURE.

61) **Lewentaner. Die Behandlung des idiopathischen Croups mit Terpenthin-Essenz. (Sur le traitement du croup idoiopathique par l'essence de térébenthine rectifiée.** *Bull. génér. de thérap. 15. Juni 1889.*

Der Verf. giebt das Mittel innerlich, in Inhalationen und Einstäubungen; er vermochte damit eine grosse Zahl von Kranken zu heilen. E. J. MOURE.

62) **E. Pugno. Das Resorcin bei der Behandlung der Diphtherie. (La resorcina nella cura della difterite.)** *Riforma medica. 12. Juni 1889.*

P. hat bei 37 Fällen von Diphtheritis mit günstigem Resultate Einstäubungen einer Resorcinlösung (10 : 100) angewandt; er hat unter diesen nur 3 Todesfälle zu verzeichnen. CARDONE.

63) **P. Le Gendre. Welches ist gegenwärtig die beste Behandlung der Diphtheritis? (Quel est le meilleur traitement actuel de la diphthérie?)** *L'Union méd. 25. Juni 1889.*

Nach dem, was er selbst gesehen, hält Verf. die Gaucher'sche Behandlungsmethode für die beste. E. J. MOURE.

64) **G. H. Pierce. Worin soll die Behandlung der Diphtherie bestehen? (What shall be the treatment of diphtheria?)** *New England Med. Monthl. 15. April 1889.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

65) **Callias. Behandlung der Diphtherie mit Resorcin. (Traitement de la diphthérie par la résorcine.)** *Le Bulletin méd. 10. März 1889.*

Gestützt auf die Erfahrungen der Herren Roux und Yersin, empfiehlt Verf. das einstündliche Einpinseln (5—10 pCt.) und das Einpulvern der Mund- und Nasenhöhle (1—3 pCt.) mit Resorcin. E. J. MOURE.

66) **Zannellis. Die Behandlung der Diphtherie mit Jodoform. (Traitement de la diphthérie par l'iodoforme.)** *Le Bull. méd. 28. April 1889.*

Der Autor hat mit localer Application von Jodoformpulver sehr viel ausgerichtet. E. J. MOURE.

67) **Bonamy. Ueber die Behandlung der Diphtherie. (Sur le traitement de la diphthérie.)** *Bul. gén. de Therap. 30. Mai 1889.*

Verf. hat ausserordentliche Erfolge erzielt mit den Dämpfen von Eucalyptus. E. J. MOURE.

68) **Paul Constantin. Betrachtungen über die Behandlung der Diphtherie. (Quelques considérations sur le traitement de la diphthérie.)** *La semaine médicale. 17. April 1889.*

Der vorherrschende Gedanke aller in der letzten Zeit erschienenen Arbeiten ist der, dass die Diphtherie eine ursprünglich locale Affection und von parasitärer Natur ist. Gegen dieses bakterielle Element sucht man durch den Gebrauch der verschiedensten Antiseptica anzukämpfen. Diese Methode soll 94,6 pCt. Heilungen ergeben haben. E. J. MOURE.

69) **Corbin. Quecksilberdämpfe bei Diphtherie des Kehlkopfes. (Des fumigations mercurielles dans la diphthérie laryngée.)** *Le Courrier médical. 13. April 1889.*

Man placirt den Kranken 20 Minuten lang unter eine Art Zeltdach und verflüchtigt 3 oder 4 Grm. schwarzes Quecksilberoxyd. Diese Dämpfe werden zweistündlich wiederholt. Die Resultate waren äusserst günstige.

E. J. MOURE.

70) **Roosenburg. Jodium tribromatum bei Diphtheritis. (Jodium tribromatum bij Diphtheritis.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

R. sprach darüber in der Februar-Sitzung der Medicinischen Gesellschaft in Hertogenbosch. Zu Anfang brachte das Mittel Besserung. Der Tod erfolgte aber durch hinzugekommenen Croup. BAYER.

71) **Bouchut. Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphthérie.)** *Paris méd. 30. März 1889.*

Klinische Uebersicht; enthält nichts Neues. E. J. MOURE.

72) Jules Simon. **Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphthérie.)** *Le Bulletin méd. 7. April 1889.*

Nichts Neues. E. J. MOURE.

73) Deffernez (Jumet). **Behandlung des Croup und der Diphtheritis durch die combinirte Anwendung von Bromkali und Schwefelcalcium. (Traitement du croup et de la diphthérie par l'emploi combinée du bromure de potassium et du sulfure de calcium.)** Sitzung der Acad. Royale de Med. de Belgique. 27. April 1889. Rapport von Van den Corpat.

Der Autor glaubt in der Combination dieser beiden Mittel ein mächtiges und den anderen überlegenes Agens bei der Behandlung des Croup und der Diphtheritis gefunden zu haben und führt zum Beleg dafür einige verzweifelte Fälle von „croupalen Anginen" an, welche durch jene Medication zum Einhalt gebracht wurden. Fussend auf dem Rapport Van den Corpat's wurde beschlossen, dass „die Note von Deffernez, obgleich sie kaum eine neue Idee enthalte, ja etwas eilfertig aufgesetzt und redigirt sei, doch ein medicinisches Wissen bekunde, das unseren modernen Anforderungen entspreche und hauptsächlich einem reinen Bestreben, sich nützlich zu erweisen, entsprungen sei"! Hoffentlich lässt sich der Autor dadurch nicht decouragiren! BAYER.

74) Langlois. **Veränderung der Athmung Diphtherischer bei Inhalation von Sauerstoff. (Variations respiratoires dans les inhalations d'oxygène chez les diphthéritiques.)** *Le Bulletin méd. 3. April 1889.*

Verf. constatirte eine Vermehrung der Zahl der Athemzüge während der Inhalation und eine leichte Veringerung der Dyspnoe. Er setzt diese Erscheinungen auf Rechnung der Ueberoxydation des Blutes und der Erregung des Nervensystems. E. J. MOURE.

75) Guelpa. **Die Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphthérie.)** *Le Bulletin méd. 7. April 1889.*

Man wird der Affection um so leichter Herr werden, je vollständiger die Integrität der Schleimhaut ist, und wenn man diese mit Hilfe der Antiseptica so oft, als möglich von den Producten der bacillären Secretion befreit. E. J. MOURE.

76) J. D. Osborne. **Schwefel bei Diphtherie. (Sulfur in diphtheria.)** *Medical Brief. April 1889.*

O. empfiehlt Schwefelblumen innerlich und local im Halse so früh, als möglich anzuwenden, um die Keime zu zerstören, bevor eine Allgemeininfection statthat. Er hat einen Apparat zum Herabdrücken der Zunge und zugleich zum Inhaliren construirt; dieser soll in Familien in Anwendung gezogen werden, sobald ein Verdacht auf Diphtherie nur nahetritt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) J. Walker Downie (Glasgow). **O'Dwyer's Instrumente zur Intubation des Kehlkopfes. (O'Dwyer's instruments for intubation of the larynx.)** *Glasgow Med. Journ. April 1889.*

Die Instrumente werden in der Medicinisch-chirurgischen Gesellschaft demonstrirt und ihr Gebrauch erläutert. P. MCBRIDE.

78) **Dillon Brown. Intubation. (Intubation.)** *N. Y. Med. Record, pag. 415. 13. April 1889.*

B. glaubte früher, dass eine dauernde Heilung bei Narbenstenose des Kehlkopfes durch Dilatation nicht zu erzielen sei; er ist gewöhnt, die Tube für 24 Stunden einzuführen und dadurch den Patienten von seinen Beschwerden für 1—2 Monate befreit zu sehen; dann wiederholt er den Vorgang. Neuerdings ist er zu der Ueberzeugung gekommen, dass durch constante Dilatation, wenn die Tube dauernd im Larynx bleibt, die Tendenz des Narbengewebes zur Contraction dauernd überwunden werden kann. Gegenwärtig hat B. 2 Fälle unter der Beobachtung, bei dem einen hat er seit 6 Monaten, beim anderen über 1 Jahr keinen Eingriff nöthig gehabt — in beiden ist die Stenose durch Syphilis bedingt.

LEFFERTS.

79) **Moll. Ueber Larynxtubage. (Over de tubage van den larynx.)** *Weekbl. van het Neederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Vorgetragen in der Arnheimer Medicinischen Gesellschaft im Anschluss an einen von dem Autor unlängst mit Erfolg behandelten Fall, über welchen schon früher in diesem Blatte referirt wurde. Nichts weiter mitgetheilt. BAYER.

80) **L. Ott. Erfahrungen mit der Intubation. (An experience in Intubation.)** *Times and Register. Philadelphia. 8. Juni 1889.*

Bericht über 5 Fälle. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **Joseph Eichberg. Zweimalige erfolgreiche Intubation an ein und demselben Patienten. (Intubation twice succesfully performed in same patient.)** *N. Y. Med. Record. 30. März 1889.*

Das Gesammtinteresse des Falles concentrirt sich auf die Wiederkehr der Störungen nach Jahresfrist und das zufriedenstellende Resultat beider Intubationen. LEFFERTS.

82) **Dillon Brown. Intubation des Larynx bei diphtherischem Croup; Analyse 200 operirter Fälle. (Intubation of the larynx in diphtheritic croup; analysis of two hundred cases operated upon.)** *N. Y. Med. Journ. 9. März 1889.*

Brown hat 200 Patienten mit diphtheritischer oder membranöser Laryngitis operirt, davon heilten 54 oder 27 pCt. Es waren im Ganzen: 87 männlich, 113 weiblich; durchschnittliches Alter 3 Jahre 5 Monate; Durchschnittsalter der ad exitum gekommenen 3 Jahre 2 Monate, der Geheilten 4 Jahre 5 Monate.

Der Urin enthielt Eiweiss in 116 Fällen, kein Eiweiss in 15 Fällen; er wurde nicht untersucht in 69 Fällen.

In den letalen Fällen betrug die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation 2 Tage 23 Stunden, in den geheilten Fällen die Zeit des Verweilens der Tube im Larynx 5 Tage 10 Stunden.

Brown giebt dann in seinem mit grosser Sorgfalt gearbeiteten und werthvollen Artikel eine Liste von 2368 Fällen mit 647 Heilungen, das sind 27,3 pCt.; sie sind aus Berichten von 166 Operateuren, die in Deutschland, Frankreich, England, Spanien, Canada und fast in allen Staaten Amerikas prakticirten, zusammengestellt. LEFFERTS.

83) **P. Cenci. Statistik der Fälle von Croup, bei denen die Tracheotomie ausgeführt wurde. (Statistica dei casi di crup operati di tracheotomia.)** *Gazzetta degli Ospitali, an. X. No. 42. 26. Mai 1889.*

Nicht zugänglich.

CARDONE.

84) **Van Iterson** (Leyden). **Ueber Tracheotomie bei Diphtheritis. (Over Tracheotomie bij Diphtheritis.)** *Weekbl. van Het Nederland. Tijdschr. voor Geneesk. No. 2. 1889.*

Der Autor definirt die Diphtheritis als eine epidemisch oder endemisch herrschende ansteckende Krankheit, die gewöhnlich bei Kindern unter 10 Jahren vorkomme und bei der als am meisten charakteristische Erscheinungen graue, mit der Schleimhaut des Pharynx fest zusammenhängende Exsudate angetroffen werden, während zu gleicher Zeit secundäre Veränderungen in den Luftwegen, den Nieren, dem Herzen und dem Nervensystem auftreten, die zum Theil durch locale Ausbreitung des Processes, zum Theil durch Allgemeininfection entstehen. Jedes der genannten Kriterien hat seine eigene Bedeutung, kein einziges ist pathognomonisch. Der Croup dagegen ist eine nicht ansteckende und den Gesammtorganismus nicht inficirende Entzündung mit membranösem Exsudat, gewöhnlich nur auf die Luftwege beschränkt und streng zu scheiden von der Diphtheritis.

Sobald sich bei Pharynxdiphtherie Athembeschwerden einstellen, müsse die Tracheotomie ausgeführt werden, gleichgültig ob die Ursache im Pharynx oder Larynx liegt. Die meisten Diphtheritiskranken sterben an der Fortpflanzung des Krankheitsprocesses auf die Luftwege, und zwar durch Autoinfection; um diese zu verhindern, soll die Tracheotomie ausgeführt werden; die Erstickungsgefahr soll gar nicht abgewartet werden. Zweitens soll der „Tracheotomia inferior" der Vorzug gegeben werden vor jeder anderen Operationsweise. Abgesehen von der leichteren Vermeidung der Aspiration von Infectionsstoffen, habe diese den Vortheil, dass sie nicht nur nicht schwerer, sondern im Gegentheil leichter auszuführen sei als die hohe Operation. Ausserdem könne man dabei leicht jede Blutung und Gefässunterbindung vermeiden. Ferner ist es für den Autor eine ausgemachte Sache, dass die Tracheotomie in der Narkose vorgenommen werden muss, natürlich mit Ausnahme der Fälle, wo die Kohlensäureintoxication schon zur Anästhesie geführt hat.

Die Operation geschehe nach festen Regeln und niemals mit Uebereilung! Zwei Assistenten. Antiseptik. Hautschnitt in der Mittellinie vom Manubrium sterni an, 3—4 Ctm. nach oben. Die Hautränder und nach Spaltung der Fascia colli superf. et med. auch die tiefen Halsmuskeln werden mit zwei Haken nach aussen gehalten. Auseinanderdrängen des Zellgewebes nach rechts und links mit der geschlossenen Pincette, die Gefässe werden mit unter die Haken genommen. Ein einfacher Haken dient dazu, den Isthmus der Glandula thyreoidea nach oben zu ziehen, manchmal ist ein zweiter nothwendig, um die Glandula thymus nach unten zu halten. Nun werden in die Trachea kleine Häkchen rechts und links eingesetzt und dieselbe so fixirt. Einschnitt von 1—$1^1/_2$ Ctm. Beim Anziehen der Häkchen klappen die Trachealränder. Nun wird (die grossen Haken sind

entfernt!) abgewartet, bis die Narkose vorbei ist und Hustenstösse Schleim und Membranen zu Tage fördern. Diese werden alsbald aus der Trachealöffnung mit einem Wattepfröpfchen oder einem kleinen Schwamm entfernt. Kommt nichts mehr zum Vorschein, dann dringt man mit einer langen leicht gebogenen und mit einem kleinen Schwämmchen versehenen Pincette in die Trachea ein bis zu den Hauptbronchien, um diese eventuell von Ansteckungsstoffen zu reinigen, und wiederholt das, bis das Schwämmchen ganz rein herauskommt; dann nimmt man ein neues, taucht es in Jodoform und wiederholt das Manöver. Jetzt kommen Pharynx und Larynx an die Reihe. Das Eindringen in die Glottis macht einige Schwierigkeit und bringt einigen Zeitverlust, doch gelingt es stets ohne nachtheilige Folgen. Nachdem auch hier Jodoform eingerieben ist, wird eine silberne Trachealcanüle eingeführt. Diese wird meistens am 5. oder 6. Tage wieder entfernt. Nachbehandlung einfach mit ClNa-Pulverisationen. Innerlich etwas KaCl und Acid. muriat. dil.

Vom September 1882 bis März 1889 wurden in der Klinik des Verf.'s 100 Tracheotomien ausgeführt. Davon genasen 55. Seine günstigen Resultate schreibt er rein seinem frühzeitigen Operiren zu. Darunter waren 20 Kinder, bei welchen keine Pseudomembranen unterhalb der Trachealwunde angetroffen wurden, und von diesen genasen 15, also 75 pCt. BAYER.

85) **Koch. Ueber Tracheotomie bei Diphtheritis. (Over Tracheotomie bij Diphtheritis.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 10. 1889.*

Das Unterlassen der Desinfection nach vorgenommener Tracheotomie, das nach van Iterson ein grosser Fehler sei, geschehe beim Verf. häufig und er sehe sich daher veranlasst, seinen Standpunkt in dieser Frage klarzulegen.

Es sei freilich ein schönes Resultat 75 pCt. Heilungen in 20 von 100 Fällen, bei denen keine Membranen unterhalb der Trachealwunde gefunden wurden, allein er habe im Verlaufe von 2 Jahren von 78 nicht operirten, an Pharynx- und Larynxdiphtheritis erkrankten Patienten 62, also 79 pCt., genesen sehen. Alle diese hatten Stenoseerscheinungen, wurden aber nicht operirt, weil keine Erstickungsgefahr vorhanden war, weder bei denen, welche genasen, noch bei denen, welche an Infection des Gesammtorganismus starben. In all diesen Fällen hätte man nach van Iterson operiren müssen, auch wahrscheinlich das gleiche Resultat erzielt, eine kunstgerecht ausgeführte Tracheotomie und gute Nachbehandlung vorausgesetzt; allein es resultire aus diesen Erwägungen, dass man in vielen Fällen von beginnender Stenose in Folge von Diphtheritis nicht schade, wenn man mit der Operation zuwarte.

In den anderen 50 Fällen van Iterson's, wo die Affection schon in die Trachea vorgeschritten war, die Tracheotomie also zum Verhindern der Aspiration von Infectionsstoffen nichts habe beitragen können, scheine es ihm zweifelhaft, ob das gute Resultat dem Desinficiren zugeschrieben werden müsse, indem die verschiedenen Epidemien eine grosse Verschiedenheit in Bezug auf die Malignität darbieten, wie aus seiner eigenen Statistik zu ersehen sei. Um genau beurtheilen zu können, in wie weit die günstigen Resultate van Iterson's seiner energischen Localbehandlung zuzuschreiben sind, müsste man seine Resultate

vor der Anwendung der Desinfectionsmethode kennen. Bei leichter Stenose hat der Autor mit einer expectorirend-excitirenden Behandlung häufig Besserung erzielt; nehme die Stenose aber trotzdem zu, so wartet er nicht mit der Tracheotomie. Er giebt ebenfalls der Tracheotomia inf. den Vorzug, operirt ohne Chloroform und benutzt den federnden Wundhaken von Bose, der sich selbst in der Wunde festhält.

Zum Schluss sagt der Verf., so lange nicht auf überzeugende Weise der Nachweis geliefert werde, dass durch locale Behandlung der Trachealschleimhaut der diphtheritische Process zum Stillstand gebracht werden könne, sehe er sich berechtigt, seine Methode weiter zu befolgen und selbst seine Versuche mit der Larynxintubation fortzusetzen, welche vom Standpunkt van Iterson's aus verworfen werden müsste, was ebenso wenig begründet sei, als das Heil, welches die Amerikaner sich davon versprechen. BAYER.

86) **J. Hage** und **Koch. Ueber Tracheotomie bei Diphtheritis. (Over Tracheotomie bij Diphtheritis.)** *Weekbl. van Het Nederland. Tijdschr. voor Geneesk. No. 12. 1889.*

H. wirft K. vor, nie nach der Methode van Iterson's operirt zu haben; er könne daher auch kein Urtheil darüber fällen; sodann vermisse man bei seinen Fällen eine gehörige Sichtung. van Iterson habe nie behauptet, dass das Jodoform ein Specificum gegen Diphtheritis sei. Von dem günstigen Erfolg mit der Entfernung der Pseudomembranen und dem Auswischen mit dem Jodoformschwämmchen habe er sich selbst in einem Fall, den er mittheilt, überzeugen können.

Darauf entgegnet K., dass er ebenfalls wie H. hoffe, dass Alle, welche nach van Iterson's Methode operiren, ihre Resultate in einer guten Statistik veröffentlichen möchten, jedoch könne der von Dr. H. mitgetheilte Fall ihn noch nicht von der Vortrefflichkeit des Operirens nach van Iterson's Vorschriften überzeugen. BAYER.

87) **J. Lord** (Southsea). **Die Tracheotomie bei Diphtheritis. (Tracheotomy in diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 16. März 1889.*

Bericht über zwei in der South-East- and Hants-Abtheilung der B. M. A. mitgetheilten Fälle. MACKENZIE-JOHNSTON.

88) **L. Isnardi** (Turin). **Ein Fall von Tracheotomie wegen Croup mit postdiphtherischer Lähmung und Polypen der Trachea. (Sopra un caso di tracheotomia per croup, complicato de paralisi post-difterica e de polipi tracheali.)** *Gazzetta Medica di Turin. 25. März 1889.*

Der Titel sagt Alles. CARDONE.

89) **D. Torsellini** (Siena). **Tracheotomie bei Croup. (Tracheotomia per croup.)** *Riforma Medica an V. No. 23 u. f. 1889.*

T. berichtet über 7 Fälle von Tracheotomie bei Croup, mit günstigem Resultat in 3 Fällen; er schliesst aus seinen Beobachtungen, dass der Croup und die Diphtherie eine und dieselbe Infection sind, und spricht sich für die Operation aus, die ohne Verzug vorzunehmen sei. CARDONE.

90) **Morelli** (Pest). **Tracheotomie wegen Croup des Larynx und der Trachea. Heilung.** Demonstration des 4jährigen Mädchens in der Gesellschaft der Aerzte in Pest am 4. Mai 1889. *Pester med.-chir. Presse. No. 19. 1889.*

Es handelte sich wohl um Diphtheritis, da auch Lähmung des linken Gaumenbogens und der Epiglottis auftrat. CHIARI.

91) **A. Paggi. Croup und Tracheotomie. (Del croup e della tracheotomia.)** *Bollettino delle malat. della gola ecc. 1. Jan. u. 1. März 1889.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

92) **Caillé. Zur Werthschätzung der verschiedenen Operationsmethoden bei acuter Larynxstenose der Kinder (Croup).** *Med. Mon.-Schr. I. 3. 1889.*

P. berichtet über 25 Fälle von Tracheotomie mit 13 Heilungen; er glaubt dies günstige Resultat auf Rechnung der sorgsamen Nachbehandlung nach der Operation setzen zu dürfen. CARDONE.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

93) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Ein Fall von spontanem Verschwinden laryngealer Geschwülste nach Tracheotomie. (Case of spontaneous disappearence of laryngeal growths after tracheotomy.)** *Lancet. 6. April 1889.*

Bericht über einen Fall, wie ihn der Titel illustrirt. Ein Knabe von 5 Jahren war im Jahre 1883 wegen warziger Geschwülste um die Glottis tracheotomirt worden. Nachdem die Canüle ein Jahr lang gelegen hatte, verschwanden diese Tumoren und die Canüle wurde entfernt. Seither ist der Larynx stets gesund gewesen. MACKENZIE-JOHNSTON.

94) **Graham Steele** (Manchester). **Spontane Ablösung eines Kehlkopfpolypen. (Spontaneous detachment of laryngeal polypus.)** *Brit. Med. Journ. 4. Febr. 1889.*

Kurzer Bericht über einen Fall dieser Art. A. E. GARROD.

95) **D. Lindsay** (Hamilton). **Ein Fall von intralaryngealem Tumor. (Case of intra-laryngeal tumor.)** *Glasgow Med. Journ. Febr. 1889.*

Beschreibung eines Falles von gestielter Geschwulst, ausgehend vom vorderen oberen Theil des linken Giessbeckenknorpels bei einem 58jährigen Manne. Der nierenförmig gestaltete Tumor wurde von Macintyre mittelst einer Kehlkopfschlinge entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Mischgeschwulst: papillomatöse und epitheliomatöse Structur. Seit der Operation ist ein Recidiv nicht eingetreten, aber die Cervicaldrüsen, die vorher geschwollen waren, fuhren fort zu wachsen.

Die Herren Dalgiel, Knox, Newman, Rutherford, Renton, Adams, Macintyre, Lindsay und McCall Anderson nahmen an der Discussion, die sich an den Vortrag anschloss, Theil. Newman und Macintyre stimmten darin überein, dass, wo man ein Stück einer verdächtigen Geschwulst aus dem Larynx

entfernt und Krebsstructur findet, solbald als möglich eine Radicaloperation folgen müsse: die Zustimmung des Patienten hierzu müsse man bereits vor dem endolaryngealen Eingriff erlangen. P. MCBRIDE.

96) **Thomas Harris** (Manchester). **Kehlkopfpolypen. (Laryngeal Polypi.)** *Brit. Med. Journ. 2. März 1889.*

Die in der Medicinischen Gesellschaft zu Manchester vorgestellte 43jährige Patientin litt seit 21 Jahren an Aphonie. H. entfernte eine Anzahl Tumoren mit der Zange, den Rest hatte er die Absicht galvanokaustisch zu zerstören.

MACKENZIE-JOHNSTON.

97) **Ch. Goris. Subglottisches Fibromyxom; endolaryngeale Exstirpation mit Vorstellung des Kranken. (Fibro-myxome sous-glottique; exstirpation endolaryngienne; présentation du sujet.)** Commun. à l'académie. Sitzung vom 27. April **1889.**

Seit 4 Jahren litt der Pat. an intermittirender Heiserkeit; während der Exspiration erhob sich der Tumor zwischen die Stimmbänder. Die Geschwulst wurde mit der Schrötter'schen Zange entfernt. E. J. MOURE.

98) **W. Hunter** (Nothingham). **Eine Kehlkopfgeschwulst. (A laryngeal growth).** *Brit. Med. Journ. 6. April 1889.*

H. berichtete in der Medicinisch-chirurgischen Gesellschaft von Nottingham über einen Mann, der bei einem Hustenstoss einen fibroiden Tumor von $^3/_8$ Zoll im Durchmesser aushustete. Es erfolgte eine vollständige Heilung der stimmlichen Symptome. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

99) **F. Massei** (Neapel). **Die Behandlung der Kehlkopfpapilleme mittelst der Curette. (The treatment of papilloma of the larynx by means of the curette.)** *Journ. of Laryngology. Febr. 1889.*

M. hält dafür, dass in manchen Fällen weder die Exstirpation dieser Geschwülste mit der Zange, noch die Application von Adstringentien, Causticis oder die Cauterisation einen vollständigen Erfolg erzielt. Sehr günstige Resultate erhielt er mittelst der Curette. Er zieht die von Heryng angegebenen Curetten vor; von diesen und einigen anderen fügt er seiner Arbeit eine Abbildung bei.

Seine Ansichten kleidet er in folgende Sätze:

1. Das sogenannte „Curettement" verdient eine grössere Werthschätzung, als ihm gegenwärtig zu Theil wird.
2. Es ist ausserordentlich dienlich für Tumoren, die unterhalb der Glottis sitzen, auf den Stimmbändern oder ihrem freien Rande.
3. Diese Methode gewährt eine grössere Sicherheit gegen Recidive, weil die Gewebstheile, von denen die Gewächse abstammen, entfernt werden und auch weil die Nachbehandlung mit localen Applicationen (den Vorzug verdient die Milchsäure) erleichtert ist.

R. MACKENZIE JOHNSTON.

100) **Schalita** (Kiew). **Zur Laryngofissur bei Geschwülsten im Kehlkopf. (K woprosu o rasscheplenii gortani pri opukoljach w nei.)** *Wratsch. No. 17. 1889.*

Laryngofissur zur Entfernung eines Carcinoma laryngis, das breit dem linken Lig. aryepiglott. und dem linken Taschenbande aufsass. 7 Wochen nach der Operation ein Recidiv in der Narbe. Der neue Knoten wird wiederum nach Spaltung des Kehlkopfes entfernt, worauf schnelle Heilung erfolgte. Die Stimme wurde vollkommen normal. Verf. spricht sich für die Spaltung des Kehlkopfes aus, sobald ein Verdacht auf Bösartigkeit der Neubildung vorliegt, ferner wenn die Geschwulst breit aufsitzt und endlich bei Kindern unter 10 Jahren, wo wegen der Kleinheit des Kehlkopfes die endolaryngeale Entfernung der Geschwülste selten gelingt.

LUNIN.

101) **Mackenzie Booth** (Aberdeen). **Thyrotomie wegen Geschwulst des Kehlkopfs. (Thyrotomy for laryngeal tumor.)** *Brit. Med. Journ. 2. März 1889.*

Vorstellung eines Patienten, den Dr. Ogston wegen eines Papilloms operirt hat, in der Aberdeen-, Banff- und Kincardine-Gesellschaft.

MACKENZIE-JOHNSTON.

102) **E. G. Whittle** (Brighton). **Ein Fall von Tumoren des Kehlkopfs. Tracheotomie, Thyrotomie und Entfernung der Geschwülste. Heilung. (A case of laryngeal growths; tracheotomy, thyrotomy and removal of growths; recovery).** *Lancet. 2. März 1889.*

Bericht über einen Fall von multiplen Gewächsen bei einem drei Jahre alten Mädchen. Welcher Art der angewandte operative Eingriff war, sagt die Ueberschrift.

MACKENZIE-JOHNSTON.

103) **M. Lamikowski** (Charkow). **Laryngo-chirurgische Casuistik. (K laryngo chirurgitscheskoi kasuistice.)** *Russ. med. No. 2. 1889.*

1. Carcinoma laryngis. Von Proff. Billroth und Schrötter wurde in Wien einer 52 Jahre alten Frau wegen Carc. laryng. die rechte Hälfte des Larynx entfernt. Pat. siedelte bald nach Charkow über und L. übernahm die Nachbehandlung. Um Narbenstenose zu verhindern, wurden der Pat. Störk'sche Catheter eingeführt. Bei der Entlassuug konnte Patientin mit lauter, wenn auch heiserer Stimme sprechen. 3 Jahre nach der Operation fühlte Pat. sich noch vollkommen gesund.

2. Fibroma laryngis, ausgehend vom Sin. Morg., bei einer 32 Jahre alten Frau. Entfernung mit der Schrötter'schen Pincette.

3. Verwachsung der Stimmbänder und Narbenstenose des Larynx in Folge von Syphilis. Tracheotomie, Spaltung der verwachsenen Stimmbänder, Erweiterung des Larynx mit dem Störk'schen Larynxdilatator von der Trachealwunde aus. Pat. konnte endlich durch den Kehlkopf athmen und hatte eine wenn auch rauhe Stimme wieder erhalten; die Canüle konnte aber nicht entfernt werden.

4. Papill. laryngis. endolaryng. Entfernung mit der Schrötter'schen Pincette.

LUNIN.

104) **B. Fränkel** (Berlin). **Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 1—6. 1889.*

Von dem Gedanken ausgehend, dass der Arzt möglichst früh den Kehlkopfkrebs erkennen müsse, denn je früher gegen denselben eingeschritten werde, desto besser sei die Prognose, schildert Verfasser in ausführlicher Weise an der Hand eigener Beobachtungen die Frühformen des Kehlkopfkrebses. Die häufigste Form ist das Carcinoma polypoides, das unter dem Bilde einer Geschwulst auftretende Stimmbandcarcinom. Um die Diagnose zu stellen, ist man vorzugsweise auf das laryngoskopische Bild angewiesen; denn eine Krebsgeschwulst am Stimmband verursacht im Anfang keine anderen Erscheinungen, wie jede andere Stimmbandgeschwulst, nämlich nur Heiserkeit. Schmerz, Drüsenanschwellungen, constitutionelle Erscheinungen, als Abmagerung, Schwäche, fehlen vollkommen. Im Beginn stellt es sich dar als eine flache, breit aufsitzende Erhabenheit; während aber die anderen Geschwülste vorzugsweise in die Höhe wachsen, dringt das Carcinom auch in die Tiefe ein; am deutlichsten erkennt man dies, wenn es den freien Rand des Stimmbandes befällt; es ragt verhältnissmässig wenig in die Glottis hinein, aber schiebt sich allseitig in die Substanz des Stimmbandes. Das Epithel ist im Beginne wohlerhalten, die Oberfläche glatt oder leicht höckerig. Häufig erscheinen, was Verfasser bisher bei keiner anderen Geschwulst gesehen hat, weisse, kreideartige Flecken, die er auf die Anhäufung epithelialer Massen in der Geschwulst zurückführt. Die Beweglichkeit des Stimmbandes ist im Anfang nicht verändert und die Heiserkeit lediglich mechanische Wirkung. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedes Mal das Carcinoma keratoides (nach Waldeyer). Atypische epitheliale Zapfen durchbrechen die Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe, in den Zapfen hat Verhornung statt und es bilden sich Perlen, je näher der Oberfläche, um so zahlreicher und grösser. In manchen Fällen kann man sofort aus dem laryngoskopischen Bilde die Diagnose stellen, besonders bei Krebs des Stimmbandrandes und dann, wenn sich die erwähnten weissen, kreideartigen Stellen finden; in anderen Fällen ist eine Verwechselung mit anderen Geschwülsten möglich, mit Fibromen und Papillomen hauptsächlich; die letzteren sind meistens multipel, weicher, haben gewöhnlich eine ausgesprochene Längsaxe, entsprechend den Leisten des Stimmbandes; ihre Papillen sind länger und dünner, als die Knoten und Buckeln des Carcinoms. Da aber, wenn auch selten, Uebergangsformen zwischen Papillom und Carcinom vorkommen, so muss man in der Diagnose und Prognose vorsichtig sein und alle Papillome sorgfältig mikroskopisch untersuchen. Ueberhaupt „muss in allen Fällen, wo wir aus dem laryngoskopischen Bilde keinen sicheren Schluss ziehen können, die mikroskopische Untersuchung herausgenommener Geschwulstmassen statthaben". Wie bei der Tuberkelbacillenprobe ist auch hier der positive Befund durchaus entscheidend, der negative trügerisch und mit Vorsicht zu deuten. Irrthümer können veranlasst werden durch falsche Schnittführung oder dadurch, dass drüsige Gebilde für epitheliale Nester und Zapfen gehalten werden, oder endlich nach der negativen Seite hin, dass neben das wirklich vorhandene Carcinom gegriffen wird. Wird die Entnahme und Untersuchung des Theilchens aber kunstgerecht

ausgeführt und richtig gedeutet, so ist dieselbe ein sehr wesentliches Stück unserer Diagnostik.

Eine zweite Form des Stimmbandcarcinoms, das Carcinoma diffusum, welches sich in die Fläche ausbreitet, ist im Anfang von einer anderen Verdickung des Stimmbandes kaum zu unterscheiden. Die Mucosa ist ungleichmässig verdickt, mit kleinen Knötchen besetzt, zuweilen finden sich kreidige Flecken. Es ist zunächst immer nur ein Stimmband befallen, das Wachsthum langsam, nicht in die Tiefe gehend. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedes Mal typische Formen des Carcinoma simplex. Die verzögerte Beweglichkeit des Stimmbandes, welche als ein wichtiges Moment für die Differentialdiagnose angesehen wird, hat der Verfasser nur dann gesehen, wenn die Geschwulst am Processus vocalis sass. Es kann aber auch durch Druck auf den Nervus recurrens — carcinöse Drüsenschwellung — Medianstellung des Stimmbandes hervorgerufen werden. Man darf nicht ausser Acht lassen, dass Medianstellung des Stimmbandes auch bei gutartigen Geschwülsten als zufällige Complication vorkommt. Von den Verdickungen bei der Pachydermie und dem chronischen Katarrh unterscheidet sich das Carcinom dadurch, dass im Anfang nur eine Seite befallen ist, von der Syphilis durch erfolglosen Gebrauch von Jodkalium; bei Tuberkulose findet man meist noch Veränderungen an anderen Organen. Am schnellsten kann die Diagnose durch Entnahme eines Stückes und mikroskopische Untersuchung erfolgen.

Die beiden Formen des Carcinoma polypoides und diffusum an anderen Stellen bespricht Verf. kurz. Es kommen hauptsächlich in Betracht das Taschenband, die hintere Larynxwand, die vordere Pharynxwand; eingehende Erörterung finden die schalenförmigen Wülste in der Gegend der Glottis cartilaginea, die eigentlichste Pachydermie. Im Gegensatz zu Virchow hält Verf. die Gruben in den Verdickungen für Abdrücke des gegenüberliegenden Wulstes, entstanden durch den Druck der Phonation, nicht für Einziehungen, bewirkt durch die Anheftung der Schleimhaut.

Ausführliche Besprechung findet alsdann das Carcinoma ventriculare, welches von den Wänden des Ventriculus Morgagni ausgeht. Dasselbe treibt das Taschenband und die ary-epiglottischen Falten vor sich her, gerade so, als ob ein Fremdkörper in den Ventrikel eingebracht würde. Die Bewegungsbeschränkung des Stimm- und Taschenbandes nach aussen scheint auch nur mechanische Folge zu sein. Die Entnahme eines Stückchens für die mikroskopische Untersuchung ist hier deshalb nicht statthaft, weil das Carcinom von gesunder Schleimhaut bedeckt ist. Indessen kann auch ohne dieselbe die Diagnose mit ziemlich grosser Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Man kann das Carcinom leicht von Auftreibungen des Ventrikels durch Flüssigkeiten u. s. w. unterscheiden, eben wegen der Form der Anschwellung, bei längerer Beobachtung auch von Anschwellungen des Taschenbandes und der Falte, welch' letztere gleichmässiger sind, während beim Carcinom die Partien vorgewölbt sind, die Kuppe einer Difformität bilden. Nachdem so die Diagnose eines ventrikularen Tumors gestellt, kommen, als ohne chirurgischen Eingriff heilbar, nur syphilitische Tumoren in Betracht; hier entscheidet Jodkalium. Indessen muss bemerkt werden, dass Verf. auch bei Carcinom eine vorübergehende Verkleinerung nach Jodkalium ge-

sehen hat. Die Prognose ist, da die Diagnose verhältnissmässig spät gestellt wird, ungünstiger.

Nachdem die Anfangsstadien des Kehlkopfkrebses eine so detaillirte Beschreibung erfahren, schildert Verf. aus dem Vergleich mehrerer späterer Fälle die fortgeschrittenen Formen des Krebses. Das Stimmbandcarcinom scheint die Neigung zu haben, sich dem Pflasterepithel entsprechend, auf welchem es entstanden, weiter zu entwickeln, also entweder über die vordere Commissur oder die hintere Larynxwand auf das andere Stimmband überzugreifen. Das Carcinoma polypoides wuchert meist sehr viel mehr in die Tiefe, als man aus dem laryngoskopischen Bilde vermuthen möchte, besonders am Aryknorpel und der hinteren Wand; dadurch wird häufig mechanisch Medianstellung des Stimmbandes bewirkt. Die Carcinome auf den Taschenbändern und Falten und der Epiglottis bedingen späterhin meist Blumenkohlgewächse. Das Wachsthum geschieht häufig schubweise, mit manchmal monatelangen Pausen des Stillstandes. Die Lymphdrüsen werden gewöhnlich erst nach längerem Bestehen ergriffen.

Wie bei den Krebsen anderer Organe, so tritt auch bei denen des Kehlkopfes zunächst geschwüriger, später gangränöser Zerfall ein, im Allgemeinen erst nach längerem, mindestens einjährigem Bestehen. Die Periode der Ulceration bezeichnet Verf. als den zweiten grossen Abschnitt im Verlauf des Krebses. „Mit dem Auftreten des Geschwürs schliesst die erste, für die Therapie wichtigste Zeit, die Tumorbildung, ab.“ Geschwüre an gewissen Stellen des Kehlkopfes verursachen einen in das Ohr ausstrahlenden Schmerz. Man kann diesen Schmerz aber weder als Frühsymptom, noch überhaupt als ein für die Differentialdiagnose ins Gewicht fallendes Symptom ansehen. Denn er findet sich erst in dem Stadium des geschwürigen Zerfalles, dann ebenso bei tuberkulösen und anderweitigen Ulcerationen nicht nur des Larynx, sondern auch des Pharynx, und selbst bei Strumitis. Auch der Schluckschmerz ist eine Folge der Ulceration; ein wirkliches Schluckhinderniss wird durch die Raumbeschränkung des Schluckweges gesetzt. Für die Diagnose ist die Dysphagie ebenfalls von untergeordneter Bedeutung. Charakteristisch dagegen ist der von zerfallenden Ulcerationen herrührende eigenthümliche Gestank, welcher an und für sich die Diagnose Carcinom ermöglicht. Um die Diagnose in diesem Stadium zu stellen, sind wir neben der probatorischen Darreichung von Jodkalium vor Allem auf die Entnahme von Partikeln zur mikroskopischen Untersuchung angewiesen. Nur ist hier die Untersuchung schwieriger; man erhält aus der Mitte des Ulcus, selbst wenn man tief hineingreift, oft nur Gewebszerfall; auch an den Rändern ist das Gewebe durch die Ulceration sehr verändert; man muss in solchen Fällen mehrere Entnahmen machen; in einem Falle des Verfassers gelang es erst nach viermaliger Entnahme in einer Woche beweisende Bilder zu erhalten.

Dieses zweite Stadium, das der Oberflächenulceration, zählt gewöhnlich nach Monaten. Vernarbung der Ulcerationen ist sehr selten; Verf. sah sie nur einmal bei einem Patienten des Herrn v. Bergmann. Die dritte Periode ist charakterisirt durch einen in die Tiefe gehenden Zerfall, insonderheit Nekrose der Knorpel und Ausbreitung auf die Nachbarorgane. Der Knorpel wird entweder

direct vom Carcinom ergriffen, oder durch eiterige Entzündung des Perichondriums zerstört.

Carcinomatöse Perichondritis sieht genau so aus wie jede andere, aber es bietet keine Schwierigkeit, das ätiologische Moment dieser Art der Perichondritis zu erkennen, weil wir neben derselben den, meist exulcerirten, Tumor sehen, der sie hervorgerufen hat. „Die Schwierigkeiten, die die Diagnose in diesem Falle bieten soll, sind künstlich zurecht gemacht und in Wirklichkeit nicht vorhanden.“ Nur dann, wenn das Carcinom an der vorderen Pharynxwand sitzt und vordringend eine Perichondritis der Ringknorpelplatte oder der Stellknorpel bedingt, ist die Diagnose einigermassen erschwert und man könnte an eine Perichondritis idiopathica oder an eine Pachydermie denken; indessen sind diese selten; die ganze Entwickelung der carcinösen Knorpelhautentzündung, der specifische Foetor ex ore sprechen gegen diese gutartige Form. In einigen Fällen durchwächst das Carcinom den Knorpel und wird von aussen fühlbar, kann die Haut durchbrechen und Kehlkopffisteln verursachen.

Der Tod erfolgt 1. durch Erstickung, 2. am häufigsten durch Aspirations- oder Verschluckpneumonie, 3. durch Entkräftung, 4. durch zufällige Complicationen, Eitersenkungen, Blutungen u. s. w.

Behandlung. Verf. betont ausdrücklich, dass der Krebs im Anfang ein lokales Leiden, dass die Therapie die Aufgabe hat, diese Neubildung, so lange sie noch ein örtliches Leiden darstellt, aus dem Körper zu entfernen. Von diesem Gesichtspunkte aus hat der Verf. auch den Frühformen eine so ausführliche Besprechung gewidmet. „Fortschritte in der Diagnostik des Carcinoms werden deshalb sicherlich auch die Anzahl der Recidive nach der Exstirpation vermindern.“

Verf. bespricht zunächst die intralaryngeale Ausrottung. Bereits im Jahre 1886 ist von ihm ein Fall vorgetragen worden, in welchem Carcinom zweifellos nachgewiesen worden ist sowohl an der exstirpirten Geschwulst (Virchow), wie an einer Lymphdrüse (Madelung).

Verf. erwähnt alsdann noch 5 weitere Fälle seiner Praxis; von diesen ist einer zu streichen, da das fernere Schicksal des Patienten unbekannt geblieben ist; von den übrigen vier Fällen ist ein 68 Jahre alter Mann zwei Jahre ohne Recidiv geblieben, zwei Fälle sind der eine dauernd, der andere seit 6 Monaten geheilt, und in dem vierten versagte das Verfahren. Das endolaryngeale Verfahren bietet für die Erhaltung der Function des Organes die grössten Chancen; es ist viel leichter, die Einwilligung des Pat. hierzu, als zu einer blutigen Exstirpation zu erhalten; der Pat. wird nicht bettlägerig.

Der endolaryngealen Methode ist von Gottstein und Krönlein nachgesagt worden, dass sie weniger sicher sein soll. Selbst wenn dies richtig wäre, so schadet dies der Methode nichts; denn gelingt das endolaryngeale Verfahren nicht, so kann sofort die partielle Exstirpation u. s. w. stattfinden. Verf. hält aber das endolaryngeale Verfahren nicht für unsicher. Conditio sine qua non ist hier, wie für jede Krebsoperation, dass alles Krankhafte entfernt wird. „Wenn die Chirurgen diese Methode für unsicher halten, so liegt dies zum Theil daran, dass ihnen Bilder vorschweben, wie sie ihnen bei den partiellen oder Totalexstirpationen meist unter das Messer kommen, alte, weit verbreitete Krebse.“ Die

endolaryngeale Methode ist nur gegen die Frühformen anzuwenden und zwar nur gegen solche, von denen zu vermuthen ist, dass das Carcinom bis auf den letzten Rest hiermit entfernt werden kann, besonders bei Carcinoma polypoides und Carc. diffusum. Ulcerirende Carcinome, Carcinome mit Unbeweglichkeit des Aryknorpels, kurz, alle Fälle, bei denen ein erheblicheres Eindringen in die Tiefe zu vermuthen ist, würde Verf. nicht mehr endolaryngeal operiren.

Verf. leugnet keineswegs den Uebergang gutartiger Tumoren in Carcinome, bezeichnet aber die in England ausgesprochene Vorstellung, dass diese Degeneration durch kunstgerecht ausgeführte operative Eingriffe in ihrer Häufigkeit vermehrt werde, als eine willkürliche Behauptung, für die jeder Beweis fehlt, und bezieht sich auf die Sammelforschung Semon's. Die zwei Beobachtungen Newman's, dass Lymphdrüsenschwellung am Halse 10 resp. 17 Tage nach dem endolaryngealen Eingriffe bei Kehlkopfcarcinom auftrat, hält Verf. nur für ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen. Die endolaryngeale Methode arbeitet mit der schneidenden Zange und der Schlinge; die Galvanokaustik scheint den Nachtheil zu haben, dass zurückbleibendes Krebsgewebe unter dem Einfluss der Hyperämie, welche die Abstossung der Eschara begleitet, zu schnellerem Wachsthum gelangt.

Durch die Versuche, das Carcinom per vias naturales auszurotten, darf dem Krebse niemals Zeit gelassen werden, sich auf wichtige Theile des Kehlkopfes weiter zu verbreiten; wenn das endolaryngeale Verfahren nicht gelingt oder von vornherein als nicht ausführbar erscheint, muss möglichst bald die partielle Exstirpation des Kehlkopfes gemacht werden.

Dieselbe, welche schon jetzt keineswegs schlechte Resultate giebt, wird in Zukunft „geradezu glänzende Resultate ergeben, sobald sie durchgehends gegen Frühformen des Kehlkopfkrebses instituirt werden wird“. Bis jetzt steht eine gewisse Unsicherheit der Diagnostik im Wege, und der Arzt scheut sich, die Laryngofissur vorzuschlagen. „Aber dieses Zagen zögert den Tod heran!“ Im Uebrigen schadet es nicht, wenn eine für Carcinom angesehene Geschwulst, die per vias naturales nicht zu entfernen, nach der Laryngofissur als etwas Anderes erkannt wird. Es muss immer im Gesunden operirt werden, Verf. möchte aber möglichst Schild- und Ringknorpel erhalten wissen, weil sie Sicherheit gewähren, dass die Narbenretraction ein Rohr für die Respiration übrig lassen muss, und ebenso die Schleimhaut des Aditus ad laryngem, weil die in ihr vorhandenen Zweige des Nerv. laryng. sup. gegen die Verschluckpneumonie schützen. Wenn auch nur ein bewegliches Stimmband vorhanden, so kommt eine zwar heisere, aber verständliche Stimme zu Stande.

Die partielle Exstirpation des Larynx ist also eine Operation, „die, früh genug ausgeführt, grosse Chancen für die Heilung des Kehlkopfes bietet, auch das Leben kaum gefährdet und den Kranken nur dann zum Invaliden macht, wenn sein Beruf das Vorhandensein einer lauten, klaren Stimme erfordert.“

Was die Totalexstirpation angeht, so hält Verf. es für die Aufgabe des Laryngologen, zu verhindern, dass sie überhaupt indicirt ist. Bei inoperablen Larynxkrebsen würde Verf. versuchen, endolaryngeal — durch scharfen Löffel, schneidende Zange — zu erreichen, was zu erreichen ist.

Unter den Mitteln der palliativen Therapie kommt hauptsächlich die Tracheotomie in Betracht. „Ein Fall von Kehlkopfkrebs, der in Folge von Kehlkopfstenose an Erstickung zu Grunde geht, stirbt nicht lege artis.“ Die Tracheotomie muss gemacht werden, „wenn die ersten Zeichen der Kehlkopfstenose einigermassen andauernd und nicht nur für wenige Stunden sich bemerklich machen.“ Da das Carcinom die Neigung hat, nach unten zu wachsen, so muss immer die tiefe Tracheotomie gemacht werden.

Als Schlussfolgerung dessen, was Verf. durch seine Ausführungen für die ärztliche Praxis zu erreichen strebte, bezeichnet er:

„Der Kehlkopfkrebs kann auch in seinem Beginn mit Hülfe des Kehlkopfspiegels und der mikroskopischen Untersuchung herausgenommener Stücke fast ausnahmslos sicher als solcher erkannt werden. Die Ausrottung der Frühformen desselben auf endolaryngealem Wege oder durch die partielle Exstirpation des Larynx giebt uns die begründete Aussicht, die Mehrzahl der von ihm befallenen Kranken dauernd zu heilen.“

Der Abhandlung ist beigegeben eine Tafel mit Zeichnungen mikroskopischer Präparate der verschiedenen Formen des Kehlkopfkrebses, von welchen Figur 4, das typische Bild der Entwickelung des Carcinoms, wie es deutlicher nicht gefunden werden kann, und Figur 5, eine Mischform von Papillom und Carcinom, besonders hervorzuheben sind. WIESKE (B. FRÄNKEL).

105) **Max Scheier** (Berlin). **Die partielle Kehlkopfexstirpation.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 43. 1888.*

Dr. **Max** Scheier, der schon früher in der Deutschen med. Wochenschr. eine Statistik der Kehlkopfoperationen aufgestellt hatte (Der Kehlkopfkrebs und die Resultate seiner Behandlung. No. 23. 1888), unterzieht die von Sir M. Mackenzie veröffentlichte Statistik (Friedrich der Edle und seine Aerzte. Styrum 1888. p. 119 u. ff.) einer Kritik und thut die Unrichtigkeit derselben dar. Er hält die von ihm in der früheren Arbeit angegebenen Zahlen nebst den daraus gezogenen Schlüssen in jeder Weise aufrecht und erklärt die von den seinen abweichenden Angaben Mackenzie's für irrthümlich.

Scheier stellt seine Tabelle, betreffend die partielle Exstirpation des Larynx wegen Carcinom mit der von Mackenzie zusammen und weist in der letzteren folgende Fehler nach:

1. Während nach Mackenzie nur „ein einziger erfolgreicher Fall nach dieser Operation existirt“, sind nach Scheier 5 Fälle von Kehlkopfkrebs durch die partielle Exstirpation dauernd geheilt worden. Den Fall No. 52 (B. Fränkel), der 3 Jahre nach der Operation noch vollkommen gesund war, hat Mackenzie überhaupt nicht erwähnt, wiewohl aus dessen Schrift hervorgeht, dass er ihm bekannt gewesen war (p. 113) und muss deshalb das Verschweigen desselben anderen unbegreiflichen Gründen zugeschrieben werden. Auch der Fall No. 50 der Scheier'schen Statistik (Schede) wird von Mackenzie, trotzdem derselbe 18 Monate p. op. vollkommen recidivfrei war und mit lauter Stimme sprach, nicht als geheilt angesehen, ebenso wenig auch der Störk'sche Fall (No. 51), der $2^{1}/_{4}$ Jahre nach der Operation noch kein Recidiv hatte. Den Hahn'schen

Fall (No. 53 der Scheier'schen Statistik), der 7 Jahre p. op. noch vollkommen gesund war, erwähnt Mackenzie in dieser Tabelle nicht, sondern führt ihn unter den Totalexstirpationen auf, trotzdem bei demselben nur eine partielle ausgeführt worden war.

2. Die Rubrik D. der Scheier'schen Tabelle (geheilte Fälle, die zu kurze Zeit beobachtet sind), fertigt Mackenzie einfach dadurch ab, dass er sagt, eine frühe Publication eines geheilten Falles beweise nur, „dass der betreffende Pat. durch die Operation nicht getödtet sei".

3. Mackenzie führt eine Anzahl unglücklich verlaufener Operationsfälle doppelt auf, so die Billroth'schen Fälle, die von dem Assistenten desselben, Salzer, publicirt worden sind, sowohl unter den Namen Billroth's (No. 3, 8 und 10), wie unter Salzer (No. 16, 17 und 18), und den Fall von Skliffkowski, der von Multanowski publicirt wurde, sowohl unter Skliffkowski (No. 5) wie Multanowski (No. 34). Schliesslich erwähnt er einen Fall von Hahn mit tödtlichem Ausgange bei der partiellen Exstirpation, trotzdem er unter die Totalexstirpation gehört und von ihm allerdings auch hier unter No. 81 angegeben ist.

Während auf diese Weise in der Mackenzie'schen Statistik auf der einen Seite dauernd geheilte Fälle einfach verschwiegen oder weginterpretirt werden, wird auf der anderen Seite die Anzahl der unglücklich verlaufenen Fälle in „dieser bei der Wichtigkeit der Sache höchst erstaunlichen Weise" vermehrt.

B. FRÄNKEL.

106) v. Krajewski (Warschau). **Berichtigungen und Ergänzungen zu Dr. Morell Mackenzie's statistischen Angaben über Totalexstirpationen krebsiger Kehlköpfe.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 4. 1889.*

Verf. wurde durch einen von ihm operirten, 9 Monate später an einem Recidiv gestorbenen Fall veranlasst, zu prüfen, wie weit das vorhandene statistische Material zu prognostischen Schlussfolgerungen berechtigt. Er hatte selbst aus der Literatur 118, resp. mit 2 unvollkommen referirten Fällen Schede's, 120 Fälle gefunden und war daher nicht wenig erstaunt, bei Mackenzie 138 Fälle aufgeführt zu finden. Der genaue Vergleich ergab, dass in der Mackenzie'schen Tabelle 22 Fälle doppelt gezählt sind und 1 Fall, weil Sarcom, nicht Carcinom betreffend, ganz auszulassen ist. Mackenzie rechnet bei Hahn 15 Fälle, davon sind 4 zweimal gezählt, 1 Fall war Sarcom, so dass auf Hahn nur 10 Fälle kommen. Der Fall No. 51, von Gussenbauer operirt, ist unter No. 87 nochmals angeführt. Die Fälle 56 und 59 sind identisch mit 29 und 41, Czerny hat sie operirt, Maurer beschrieben. Die Fälle 17 und 82 sind dieselben, wie 30 und 27. Operateur war Thiersch, Landerer hat sie beschrieben. Die Fälle 55, 60, 62, 120 und 129 sind identisch mit 122, 84, 88, 90 und 123. Operateur: Chiarelli, Beschreiber: Novaro. Die Fälle 126 und 109 Schmiegelow und Iversen sind identisch. Die Fälle 61 und 108 Jokolowski und Kossrinki bilden nur einen Fall, das Gleiche gilt für die Fälle 98 und 125, die einen von Dr. Roswell Park operirten Patienten betreffen. Ebenso sind identisch die Fälle 21 und 115, 24 und 116, von Bill-

roth operirt, die Fälle 67 und 74, von Kocher operirt, 52 und 117, von Reyher operirt, die Fälle 54 und 58, von Schede operirt. Neu sind in Mackenzie's Tabelle 8 Fälle, 5 von Piclochin, 1 von Gardner, 1 von Hutley, 1 von Ball; nicht angeführt hat Mackenzie 11 Fälle:

| | Datum | Alter. | Geschl. | Unmittelb. Folgen der Operation genesen | gest. | Weiteres Schicksal. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Foulis. . . . | 30. 4. 81 | 50 | M. | 1 | — | 5 Monate an Recidiv. |
| Kosinski . . | 1880 | 50 | M. | — | 1 | |
| Kocher . . . | 28. 9. 82 | 43 | M. | 1 | — | Nachrichten fehlen. |
| Jarodynski . | 6. 11. 85 | 63 | Fr. | 1 | — | 10 Monate später an Recidiv todt. |
| Axel Iversen | 3. 1. 86 | 49 | Fr. | — | 1 | |
| Axel Iversen | 26. 4. 86 | 27 | Fr. | — | 1 | |
| Axel Iversen | 3. 7. 86 | 46 | Fr. | — | 1 | |
| J. Boeckel . | 6. 10. 86 | 58 | M. | — | 1 | |
| Axel Iversen | 11. 12. 86 | 39 | Fr. | 1 | — | Wohlbefinden 18. 1. 87. |
| H. Agnero . . | 1886 | 58 | M. | — | 1 | |
| Krajewski . | 1. 12. 87 | 51 | M. | 1 | — | 9 Monate später gestorben. |
| | | | | 5 | 6 | |

LANDGRAF.

107) **M. Schede (Hamburg). Ein Fall von endgiltiger Heilung nach Wegnahme des ganzen Kehlkopfes wegen krebsiger Entartung vor mehr als vier Jahren, nebst einigen Bemerkungen über Morell Mackenzie's Statistik.** *Deutsche Med. Wochenschr. No. 4. 1889.*

Schede bringt eine vernichtende Kritik der Mackenzie'schen Statistik, dem er im Anschluss an Scheier nachweist, dass er eine Anzahl geheilter Fälle theils verschwiegen, theils weginterpretirt, eine Anzahl unglücklich verlaufener Fälle doppelt aufgeführt hat. Ueber den von Mackenzie zwar angeführten Fall Schede's, der aber mit der Bemerkung: „lebt noch nach 17 Monaten“ abgethan wird, stellt er fest, dass der betreffende Patient nicht nur lebte, sondern mit vollkommen lauter, natürlicher Stimme, die nur etwas belegt war, sprach, ja sogar Singübungen angestellt hatte. Der Patient erlag 30 Monate nach der Operation einer fibrinösen Pneumonie. Ein anderer Fall Schede's, diesmal mit totaler Exstirpation, ist von Mackenzie doppelt unter No. 54 und 58 angeführt. Der betreffende Patient bekam $8\frac{1}{2}$ Monate nach der Operation ein nicht operirbares Recidiv in der Trachea und machte selbst seinem Leben ein Ende.

Schede weist sodann darauf hin, dass die Mackenzie'sche Statistik nicht den Anspruch erheben kann, ein Bild der Prognose der totalen Exstirpation zu geben, da unterschiedslos alle Fälle gezählt werden, von den ersten Versuchen bis zu den mit der jetzigen vervollkommneten Technik erreichten Resultaten. So kommt eine Statistik zu Stande, die ebenso widersinnig ist, als wenn man eine

Statistik der complicirten Fracturen ohne Rücksicht auf die durch die Antiseptik bewirkte Umwälzung machen wollte. Die grösste Gefahr, die der septischen Aspirationspneumonie, können wir jetzt fast mit Sicherheit vermeiden. Ihr erlag in der ersten Periode, etwa bis 1880, fast die Hälfte aller Operirten. Diese sind auszuscheiden. Trägt man dem Grundsatz Rechnung, so ergiebt sich aus der berichtigten Stastistik Mackenzie's, dass aus den 79 zu berücksichtigenden Fällen 7 waren, deren dauernde Heilung 2—5 Jahre, 5, deren Heilung 14 bis 18 Monate nach der Operation constatirt war; bei weiteren 15 Fällen waren 1 bis 10 Monate nach der Operation verflossen.

Schede giebt dann die Krankengeschichte einer Frau, welche er im ärztlichen Verein in Hamburg vorgestellt hat, $4^1/_2$ Jahre, nachdem er ihr den ganzen Kehlkopf, den Ringknorpel und den obersten Trachealring wegen Cancroid exstirpirt hatte. Zur Zeit der Operation stand die jetzt blühend aussehende Frau im 56. Jahre. Die Operation wurde unter Benutzung der Michael'schen Tamponcanüle ausgeführt, die Epiglottis konnte erhalten werden. Die Patientin ist im Stande, ihrem Geschäft und ihrem grossen Haushalt vorzustehen.

Nicht so günstig verliefen 2 andere Fälle von Totalexstirpation. Einem 65jährigen Mann wurden der ganze Kehlkopf, Ringknorpel und 3 Trachealringe entfernt. 1 Jahr darauf trat ein Recidiv auf am Eingang der Trachea. Es wurden nochmals 2 Trachealringe weggenommen, der Kranke erlag aber einer Pneumonie wenige Tage nach der 2. Operation. Bei dem zweiten Kranken, einem 55jähr. Manne, trat 9 Monate nach der Totalexstirpation eine carcinomatöse Infiltration der Lymphdrüsen der rechten Halsseite auf, die auf die Wirbelsäule übergriff und der der Kranke erlag. LANDGRAF.

108) **Caton** (Liverpool). **Kehlkopfkrebs. (Malignant disease of the Larynx.)** *Liverpool Medical Chir. Journ. Jan. 1889.*

C. leitete eine Discussion über dieses Thema in der „Liverpool Medical nstitution ein, indem er 3 typische Fälle, die ihm zur Beobachtung gekommen waren, ausführlich beschrieb. Das laryngoskopische Bild ist vielleicht nicht anschaulich genug geschildert; bei 2 Patienten jedoch begann die Krankheit in der Plica aryepiglottica. An diesen Fällen war nichts besonders Erwähnenswerthes, beide wurden nicht für geeignet zu einer äusseren Operation erachtet. — Rushton Parker ist der Ansicht, dass relativ wenige Fälle für die Operation geeignet sind; er scheint eine explorative Eröffnung des Larynx empfehlen zu wollen. — Hunt erörtert die Sache vom Standpunkt des Laryngologen aus und hält für nothwendig: 1. dass Unbeweglichkeit des Stimmbandes constatirt ist, 2. dass ein Gewebsstückchen entfernt und mikroskopisch untersucht wird. Gleichzeitig warnt er davor, aus einem negativen Resultate zu viel Schlüsse zu ziehen. Die Behandlung betreffend glaubt er trotz Fränkel's Fall die endolaryngealen Methoden bei Seite lassen zu müssen; er sprach sich vorsichtig hinsichtlich der Resection oder partiellen Exstirpation aus. — Wynn lenkte die Aufmerksamkeit auf die Gefahr der Lungengangrän und schlug vor, dieser mit Hilfe der Tubage vorzubeugen. Damer Harrisson referirte kurz über seinen eigenen Fall, in

dem er dem Patienten $^3/_5$ des Kehlkopfs entfernt hatte; derselbe ging am 17. Tage an Septicaemie zu Grunde.
P. M'BRIDE.

109) **F. Massei** (Neapel). **Primäres Epitheliom des Kehlkopfes. (Epitelioma primario della laringe.)** *Arch. ital. di laring. April 1889.*

Eine klinische Vorlesung.
CARDONE.

110) **Broudgeest. Ueber Larynxcarcinom. (Over Carcinoma laryngis.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Vortrag in der Utrechter med. Gesellsch., über den nichts weiter berichtet ist.
BAYER.

111) **De la Faille. Epithelioma laryngis. (Een Epithelioma van den Larynx.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

De la F. zeigt in der Novembersitzung der Arnheimer med. Gesellsch. das Präparat eines Larynxepithelioms vor.
BAYER.

112) **Schleicher. Vorzeigen des Präparates von einem primären Kehlkopfkrebs. (Schl. demontre un larynx atteint d'épithelioma primitif.)** *Annales et Bullet. de la Soc. de Méd. d'Anvers. März 1889.*

Das Präparat stammt von dem Patienten, welchen der Verf. im September 1888 in der Antwerpener med. Gesellsch. vorgestellt hatte und über welchen referirt wurde. Die Tracheotomie musste kurz darauf vorgenommen werden und Pat. starb im Februar 1889. Dauer des Leidens 1 Jahr.
BAYER.

113) **Laurent** (Hal). **Ueber den Shock bei der Larynxexstirpation von Prof. Störk. (De la production du Shock dans l'Extirpation du larynx par le Prof. K. Störk.)** *Journ. de Méd., de Chir. et de Pharmacol. No. 5. 1889.*

Uebersetzung aus der Wiener med. Wochenschr. No. 12. 1888.
BAYER.

114) **D. Servando Talon y Calvo. Beobachtungen über die menschliche Stimme. Beitrag zur Geschichte der Laryngoscopie. (Observations sur la voix humaine. Contribution à l'histoire de la laryngoscopie.)** *Biblioteca de la revista de Sanitad militar. 1889.*

Eine spanische Uebersetzung der Schrift, die Manuel Garcia, der Erfinder der Laryngoskopie, im Jahre 1855 der Royal Society zu London überreicht hat.
E. J. MOURE.

115) **J. C. Mulhall** (St. Louis.) **Ein Fall von Falsettstimme. (Case of Falsetto Voice.)** *Internat. Journ. of the Med. Sciences. August 1889.*

In den beschriebenen Fällen war die Fistelstimme nach dem Eintritt der Pubertät geblieben, die laryngoskopische Untersuchung ergab eine excessive Annäherung der Stimmbänder (ersichtlich durch ihre ganze Länge, Ref.). Dabei lachten die Patienten mit tiefer Stimme und sie konnten dazu gebracht werden, einzelne Silben tief nachzusprechen. M. gelangt zu der Meinung, dass es nur nothwendig ist, dem Kranken die Ueberzeugung beizubringen, dass er mit der gewöhnlichen Stimme sprechen kann, und ihn hierin sich zu überlassen.
P. M'BRIDE.

116) **Sandras. Alteration der Stimme durch das Cocain. (Altérations de la voix par la cocaine.)** *Le Bullet. méd. 31. März 1889.*

Cocain und Cocapräparate, als Getränk, in Einpulverungen oder Inhalationen angewandt, führen eine Parese der Stimmbänder und Störungen der Stimme herbei, die nach Inhalationen von Chloroform oder von balsamischen Mitteln, in Terpenthin gelöst, verschwinden. E. J. MOURE.

117) **U. Bassi. Beitrag zur Pathologie der Sprache. (Contribuzione alla patologia del linguaggio.)** *Gazzetta Medica de Turin. 5. März 1889.*

B. glaubt, dass die häufigste Form der Störung und des Verlustes der Sprache, die motorische Aphasie, eine Störung der Articulation ist. Er berichtet einen Fall, in dem die Störung durch eine Verletzung bedingt war, die nur die hintere Partie der dritten linken Stirnwindung betraf. CARDONE.

118) **Humanides. Sprachstörungen mit Hemiplegie. (Hemiplegie met Spraakstoornissen.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

H. demonstrirt in der Maisitzung der Tieler med. Gesellsch. ein Präparat vom Gehirn eines Mannes, welcher, vom Blitz getroffen, längere Zeit an Hemiplegie und Sprachstörungen gelitten hatte, und knüpft daran verschiedene Beobachtungen über Gehirnlocalisation. BAYER.

119) **Ruijs. Fall von Aphasie. (Geval van Aphasie.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. 1889.*

Vortrag in der Januarsitzung der „Zuid Hollandsche Eilanden“ med. Gesellschaft. Die Zunge wird nur nach rechts hin herausgestreckt. Die Gesichtssensibilität ist links etwas geringer als rechts. Electrisiren verschafft einige Besserung. BAYER.

120) **B. H. Stephan. Fall von hysterischer Stummheit. (Een Geval van Mutismus Hystericus.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 16. 1889.*

Ein neuropathisch beanlagter Mann bekommt nach vorausgegangenen anderen nervösen Aeusserungen plötzlich eines Abends einen Anfall von Schwindel und Benommenheit des Sensoriums mit Sprachverlust. Er erholt sich in der frischen Luft, die Stimme kehrt aber nicht wieder. Auf dem Heimwege fällt er in's Wasser, kommt aber wieder heraus und gelangt in sein Haus, wo er bewusstlos niedersinkt; wird in's Bett gebracht, wirft sich da unruhig umher, greift beständig nach seiner Kehle, ohne einen Laut hervorzubringen etc. Puls 80. Pupillen gleich. Des anderen Tages Schlag 12 Uhr kommt er wieder zu sich, kann sich an nichts mehr erinnern, was nach seinem Eintritt in sein Haus mit ihm vorgefallen. Die Sprache ist nicht wiedergekehrt, doch bleibt ihm besonders bei Emotionen ein klangreicher Husten, welchem sich besonders bei heftigen Aufregungen noch ein Gefühl von Unruhe und „inwendigen Bewegungen in der Brust“ zugesellt und endlich manifestirt sich bei ihm noch eine gewisse „Clair voyance“.

Ein zweiter Fall, K. B., hereditär nicht belastet und bis dahin ohne alle

hysterische Symptome, wird absolut aphonisch und aphasisch bei vollständig erhaltenem Intellect, er kann sich jedoch durch Schreiben verständlich machen. Einen eigenartigen Contrast mit der vollständigen Aphonie bildet der klangreiche Husten, welchen der Patient hervorbringt. Da sonst absolut keine Symptome vorliegen, welche auf eine Hirnaffection schliessen lassen, so glaubt der Autor, und wohl mit Recht, dass über die Diagnose „Mutismus hystericus“ wohl kein Zweifel herrschen dürfte. Bemerkenswerth bei diesem Falle ist, dass das Symptomenbild nicht plötzlich, sondern ohne alle direct einwirkenden physischen Einflüsse aufgetreten ist und zwar bei einem bis dahin nicht neuropathischen Menschen.

Alle therapeutischen Massregeln in beiden Fällen blieben ohne Erfolg.

BAYER.

121) **S. T. Armstrong. Kehlkopfschwindel. (Laryngeal Vertigo.)** *N. Y. Med. Journ. 4. Mai 1889.*

A. sammelt in seiner so betitelten Abhandlung alle mitgetheilten Fälle von Kehlkopfschwindel (bisweilen als „Epilepsie“ und „Syncope“ aufgeführt), im Ganzen neunzig. Er giebt einen sorgfältigen Ueberblick über die verschiedenen Theorien, die zur Erklärung des Vorkommens von Bewusstlosigkeit in Folge von Reizung des Kehlkopfs aufgestellt worden sind. Die ersten Fälle sind von Charcot berichtet; nach ihm theilten Dr. Lefferts und Dr. Gray solche Fälle mit. Zuckungen fehlten in den meisten Fällen; in wenigen unter den citirten Fällen waren Bewegungen vorhanden gewesen. Beim Wiederzusichkommen waren die Patienten nicht verwirrt, in einem Falle wird erwähnt, dass der Kranke in dem Satze fortfahren wollte, in dem ihn der Anfall unterbrochen hatte. Locale Behandlung des Kehlkopfs heilte die ganze Krankheit. Diese Thatsachen haben manche Autoren zu dem Einwurfe bestimmt, dass der Ausdruck „laryngeale Epilepsie“ den Erscheinungen nicht genügend entspreche. Doch wenn wir anerkennen, dass Epilepsie durch eine Narbe oder einen anderen beständig wirkenden Reiz in irgend einem Theile des Körpers bedingt sein kann, so dürfte es wohl nicht unwahrscheinlich sein, dass eine intensive Reizung des Laryngeus superior unter plötzlichem scharfen Husten durch eine directe Wirkung auf das Gehirn zu epileptiformer Bewusstlosigkeit zu führen vermag. Wir brauchen gar nicht mit einigen Autoren anzunehmen, dass Vagus und Herz primär afficirt sind. In einigen Fällen sind die Anfälle durch Bromsalze ferngehalten worden. In einem Falle, der dem Verf. in der eigenen Praxis begegnete, wurden die Anfälle sehr begünstigt durch Zustände von nervöser Erschöpfung und durch Athmen in schlechter Luft. Trübung des Gesichts und Mouches volantes gingen dem Anfall voraus. Verf. giebt dem Namen „laryngeale Syncope“ den Vorzug, da er ein Symptom einer functionellen und nicht sowohl organischen Störung bezeichnet.

LEFFERTS.

122) **W. P. Porcher. Der Ursprung der Sputa bei subacutem Husten. (The origin of sputa in subacute cough.)** *North Carolina Med. Journ. April 1889.*

Die meisten dieser Fälle beruhen auf chronischer Rhinitis und die Sputa stammen aus Nase und Nasenrachenraum. In der Mehrzahl der Fälle wird eine auf diese Theile gerichtete Behandlung allein die Hustenanfälle sowohl wie

manche andere Affectionen der oberen Luftwege bessern, ohne dass irgend welche Einwirkungen auf den Kehlkopf stattfinden oder ein Mittel innerlich gegeben wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **S. M. Ward. Reflex- oder sogenannter nutzloser Husten. (Reflex or the so-called useless cough.)** *Med. and Surg. Reporter. Philad. 16. März 1889.*

Bericht über einen Fall, wo der Husten durch das Casein der im Magen geronnenen Milch veranlasst war und durch Erbrechen aufhörte. W. hält dafür, dass der Husten durch Reizung der Magenendigungen des N. vagus erfolgte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) **E. Bitot. Hysterischer Husten. (Toux hystérique.)** Soc. anat. de Bordeaux in: *Journ. de méd. de Bordeaux. 3. März 1889.*

Bei dem 14jähr. Kranken wurde vollständige Aphonie und ein dauernder heftiger Husten constatirt. Nach einer einmaligen Electrisirung ging der Husten in eine Art Bellen über, das während des Schlafes, beim Gehen und beim Schlucken verschwand. E. J. MOURE.

125) **F. Vincentini. Ueber den Auswurf bei Keuchhusten. (Sugli sputi della pertosse.)** *Bolletino de l'Acad. Med. di Naples. März 1889.*

Die Arbeit ist in 6 Abschnitte getheilt.

Der erste Theil umfasst ein Resumé der wichtigsten bibliographischen Notizen über diesen Gegenstand und berichtet über frühere praktische Studien Anderer.

Der zweite Theil giebt die klinische Geschichte der Fälle, die V. selbst während einer Epidemie beobachtet hat (15 Fälle mit 19 Auswurfuntersuchungen).

Der dritte Theil enthält allgemeine Bemerkungen, im Anschluss an Beale und Ranvier, über die Natur des Myelin und seine verschiedenen Erscheinungsformen. V. giebt seine Beobachtungen über die Gegenwart dieser Substanz im Sputum bei Keuchhusten und schliesst daraus, dass die Anwesenheit des Myelins „der gesteigerte Ausdruck eines physiologischen Vorkommnisses" ist.

Im 4. Theile theilt V. seine Beobachtungen und Ansichten über die Bakterien, die er im Auswurf gefunden hat, mit. Er gelangt zu dem Schlusse, dass die zahlreichen verschiedenen Formen von Mikroorganismen, die er beschreibt, verschiedene Stadien derselben Art sind (Bacterium termo und Leptothrix buccalis (?).

Im 5. Kapitel werden 3 Arten von Parasiten beschrieben, die auf den expectorirten Massen vegetiren (Mucorineen und Aspergillusarten).

Der 6. Abschnitt schliesslich giebt eine kurze Beschreibung der angewandten Beobachtungs- und Färbemethoden. CARDONE.

126) **C. Pesa. Pathogenese der Ulcerationen unter der Zunge bei Keuchhusten. (Patogenesi dell' ulcera sublinguale nella tosse convulsiva.)** *Riforma medica. 19. März 1889.*

Nach seinen Beobachtugen gelangt P. zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist nicht absolut richtig, dass die sublinguale Ulceration nur bei

kleinen Kindern von 1 und 2 Jahren vorkomme, niemals bei jüngeren und selten bei grösseren.

2. Die Ulceration unter der Zunge ist mechanischen Ursprungs. Sie ist bedingt durch eine Ruptur der Arteria oder Vena ranina oder der Vasa sublingualia bei der heftigen Anstrengung des Hustens infolge einer Behinderung des Blutabflusses im Thoraxraum etc. CARDONE.

127) **Concetti** (Rom). **Behandlung des Keuchhustens mit Resorcin. (Cura della pertosse con la resorcina.)** *Bollettino della Soc. Lancisiana. Decbr. 1888.*

C. hält die Krankheit für eine allgemeine; die Affection des Kehlkopfs und der Luftröhre ist eine Localisation des Processes. Er missbilligt die Moncorvo-sche Methode wegen der localen Application des Resorcins. Er selbst hat es innerlich durch Aufnahme in den Magen angewandt (in 24 Stunden bis zu $1\,{}^1/_2$ Grm. Resorcin) bei Kindern von 10 Monaten bis zu 6 Jahren. Unter 19 Fällen verschwand die Krankheit danach in 7, in den 12 anderen hatte sie einen kurzen und leichten Verlauf. — C. ist der Ansicht, dass die guten Resultate, die Moncorvo erreicht hat, auf Rechnung des verschluckten Resorcins zu setzen sind.

CARDONE.

128) **B. Fränkel** und **J. Gad** (Berlin). **Versuche über die Ausfallserscheinungen der Stimmbandbewegung bei Abkühlung des Nervus recurrens.** *Centralblatt für Physiologie. 11. Mai 1889.*

Um in die Verhältnisse bei der Posticuslähmung einen weiteren Einblick zu thun, haben die Verff. auf den Vorschlag Fränkel's die Methode der Abkühlung am Recurrens angewandt, die Gad[1]) für den Vagus angegeben hat, um die „reinen Ausfallserscheinungen“ dieses Nerven kennen zu lernen. Ueber die Versuchsanordnung vergl. das Original.

Die Ergebnisse sind folgende:

„Kurze Zeit, meist schon eine halbe Minute, nachdem die Kälte auf den Nerv einzuwirken begonnen hat, zeigt sich eine Veränderung in der Glottisbewegung. Während das Stimmband der einen Seite in durchaus unveränderter Weise seine Bewegungen fortsetzt, fallen die Aussenbewegungen desjenigen Stimmbandes fort, welches von dem abgekühlten Nerven innervirt wird. Der Stimmbandschluss erfolgt in normaler Weise, die Glottis bildet dabei eine genau in sagittaler Richtung verlaufende gerade Linie, bei der inspiratorischen Oeffnung aber bleibt das abgekühlte Stimmband in der Nähe der Mitte stehen und weicht in deutlichster Weise um ein recht erhebliches Stück weniger weit nach aussen, als das andere. Wir haben also an dem zum abgekühlten Nerv gehörigen Stimmband den Zustand vor uns, den wir beim Menschen Medianstellung nennen.

Wird nun der Nerv von dem Thermodendraht heruntergenommen und in die Blutwärme seiner normalen Lage zurückgebracht, so nimmt das betreffende Stimmband schon nach einer bis zwei Minuten seine normale Bewegung wieder

[1]) J. Gad, Die Regulirung der normalen Athmung. Du Bois-Reymond's Archiv 1880, S. 1.

auf und das regelmässige Spiel von Glottisöffnung und Schluss erfolgt wiederum ganz so, wie es vor der Abkühlung beobachtet wurde. Wird der Nerv wieder auf die Thermode gelegt, so fällt die Aussenbewegung des entsprechenden Stimmbandes bald wiederum fort, genau so, wie bei der ersten Abkühlung. Man kann durch Auflegen des Nerven auf den erkältenden Draht und sein Wiederzurücklegen in die Blutwärme des Halses die normale Glottisbewegung und die Medianstellung eines Stimmbandes auf diese Weise dem Auge in unmittelbar aufeinanderfolgendem Wechsel beliebig oft zur Anschauung bringen und hat so einen, auch leicht zu demonstrirenden Versuch mit augenfälligem Ergebniss.

Damit der Versuch gut gelinge. ist es nothwendig, den Grad der Abkühlung innerhalb gewisser Grenzen zu erhalten. Verff. haben die Temperatur der unteren Endes des Drahtes, auf welchem der Nerv liegt, nicht direct gemessen, sondern den erforderlichen Grad der Abkühlung durch Beobachtung der Stimmbänder bestimmt. Bei Beginn des Versuchs wird der Cylinder hoch am Draht hinaufgeschoben und nun allmälig dem unteren Ende angenähert, bis das betreffende Stimmband die Medianstellung einnimmt. Nach einigen Versuchen weiss man ungefähr die Stelle, an welcher der Cylinder stehen muss, um den richtigen Grad der Abkühlung des unteren Endes des Drahtes hervorzurufen. Dieselbe ist verschieden, weil die Wirkung der Kältemischung nicht immer von gleicher Intensität ist.

Ueberschreitet die Abkühlung eine gewisse Grenze oder wirkt sie lange Zeit ein, so tritt statt der Medianstellung des Stimmbandes Cadaverposition ein. Verff. haben Medianstellung nur so lange angenommen, als die Glottis eine genau in der sagittalen Mittellinie verlaufende Richtung zeigte. Sobald sie anfing, hinten nach der abgekühlten Seite hin abzuweichen, haben sie es nicht mehr als Medianstellung gelten lassen. Bei Betrachtung der Glottis von unten ist es unschwer, sich über die Richtung derselben ein sicheres Urtheil zu bilden.

Auch wenn eine erhebliche Abweichung der Glottis nach der abgekühlten Seite hin und ein beträchtliches Ueberschreiten der Mittellinie bei dem anderen Stimmband beobachtet worden, wenn also auf der abgekühlten Seite eine vollständige Lähmung der Stimmbandmuskulatur eingetreten war, konnte meist noch eine restitutio in integrum und normale Beweglichkeit des betreffenden Stimmbandes durch Entfernung des Nerven von der Thermode und Rücklagerung desselben in die Blutwärme erzielt werden.

Es gelingt also durch Abkühlung des Nervus recurrens, welche nicht bis zum Gefrieren gesteigert werden darf, zu zeigen, dass von der Stimmbandmuskulatur immer zunächst der Crico-arytaenoideus posticus seinen Dienst einstellt.

Dsss es sich bei den beobachteten Erscheinungen um einen Ausfall einer Muskelwirkung und nicht um einen Krampf handelt, kann bei der Versuchsanordnung von vornherein nicht bezweifelt werden. Es wird aber noch ausdrücklich hervorgehoben, dass fibrilläre Zuckungen, wie man sie bei electrischer Reizung oder beim Gefrieren des Recurrens an den Stimmbändern sieht, weder bei Eintritt der Mittelstellung, noch bei dem Uebergang in Cadaverstellung und auch nicht bei Wiederkehr der normalen Beweglichkeit beobachtet werden konnten. Wird

der durchschnittene Nervus recurrens mit seinem Kopfende auf die Schaufel des Thermodendrahtes aufgelegt, so bleibt das in Cadaverstellung stehende Stimmband bei denjenigen Kältegraden, welche am unverletzten Recurrens Median- oder Cadaverstellung bewirkten, in Ruhe. Verff. haben auch noch häufig die Reizschwelle festgestellt, die nöthig ist, um vermittelst des inducirten Stromes Contractionen des Stimmbandes vom Nerven aus zu erzeugen, und dabei gefunden, dass beim mediangestellten Stimmband immer erheblich stärkere Ströme central von der abgekühlten Stelle erforderlich sind, als wenn die Electrode peripher von derselben aufgesetzt wird. Verff. müssen deshalb die durch Abkühlung hervorgerufene Medianstellung als eine Ausfalls- und nicht als eine Reizerscheinung auffassen, bedingt durch eine Lähmung des Musculus crico-arytaenoideus posticus. Diese Lähmung beruht auf einer Erschwerung der Erregungsleitung in den für den genannten Muskel bestimmten Nervenfasern."

B. FRAENKEL.

129) **Harvey Littlejohn** (Edinburgh). **Bemerkungen über einen Fall von Umlagerung der Bauch- und Brusteingeweide. (Notes on a case of transposition of the abdominal and thoracic viscera.)** *Edinb. Med. Journ. April 1889.*

Alle Organe waren umgelagert, dementsprechend schlang sich der rechte Recurrens um den Aortenbogen.

P. M'BRIDE.

130) **C. Abate. Nervöser Shok der Glottis. (Choc nervoso glottideo.)** *Arch. internaz. di Laryng. etc. Januar—April 1889.*

A. berichtet einen vereinzelten Fall von einem Hunde, der, vom Blitz getroffen, unter schweren Zuckungen zur Erde fiel; als er sich wieder aufrichtete, war er aphonisch. Die Aphonie dauerte fast 4 Monate, bis der Hund wieder einige schwache Töne von sich geben konnte und dann allmälig im Verlauf von 15 Tagen seine normale Stimme wiedergewann.

Betrachtungen zur Erklärung dieser Erscheinungen.

CARDONE.

131) **C. Corradi. Nervöse Aphonie. (Afonia nervosa.)** *Bollettino delle Cliniche. Januar 1889.*

Nicht zugänglich.

CARDONE.

132) **James B. Ball** (London). **Hysterische Bewegungsstörungen der Stimmbänder. (On hysterical motor affections of the vocal cords.)** *Lancet. 23. Februar 1889.*

Nichts Neues.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

133) **Ch. Milsom** (Marseille). **Nervöse Aphonie, Heilung durch Suggestion. (Aphonie nerveuse, guérison par suggestion.)** *Annales des malad. de l'oreille. April 1889.*

Nichts Neues.

E. J. MOURE.

134) **Michailow. Ein Fall von Compression der Larynxnerven und des Nervus phrenicus.** *Protocoll der med. Gesellschaft zu Sofia. No. I. u. II. 1889.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

LUNIN.

135) **D. Newman** und **J. L. Steven** (Glasgow). **Ein Fall von Lähmung des linken Stimmbandes bei einem an Lungenschwindsucht leidenden Patienten. (Case of paralysis of left vocal cord in a patient suffering from Phthisis pulmonalis.)** *Glasgow Med. Journ. Juni 1889.*

Folgende Punkte bieten in dem fraglichen Falle ein besonderes Interesse:
1. Die Lähmung war bedingt durch die Erkrankung der linken Lungenspitze.
2. Zur Zeit der ersten Untersuchung hatte das Stimmband die Form eines „Indianerbogens"; die Stimme war zu dieser Zeit sehr stark afficirt.
3. Einige Zeit darauf war die Stimme wieder ganz gut geworden, selbst zum Singen tauglich; es zeigte sich, dass das linke Stimmband die Bogengestalt wieder verloren hatte und in Cadaverstellung feststand. Bei der Phonation trat eine ganz geringe Bewegung nach der Mittellinie hin ein und der Arytaenoidknorpel bewegte sich stark. Das rechte Stimmband kreuzte die Mittellinie bei der Phonation. P. M'BRIDE.

136) **Libermann** (Paris). **Ueber die Stimmbandlähmung als Frühsymptom der Lungenschwindsucht. (Sur la paralysie des cordes vocales signe précoce de la phthisie pulmonaire.)** *Paris méd. 26. Jan.* 1889.

Ein Auszug aus der Arbeit desselben Autors über die Aetiologie und Behandlung der Lungen- und Kehlkopfschwindsucht. E. J. MOURE.

137) **J. Massei** (Neapel). **Fremdkörper in den Luftwegen. (Corpi estranei nelle vie aeree.)** *Bollettino de la R. Acad. Med. di Naples. Jan. u. Febr.* 1889.

M. stellt 11 Fälle zusammen, die er selbst beobachtet hat; er knüpft daran diagnostische und therapeutische Bemerkungen an. CARDONE.

138) **E. J. Moure. Beitrag zur Lehre von den Fremdkörpern der Athemwege; mit 6 vom Autor beobachteten Fällen. (Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes — à propos de six cas observés par l'auteur.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. 28. April und 5. Mai* 1889. **Verlag von Doin, Paris.**

Der Verf. hat 6 Fälle selbst beobachtet; in einem erfolgte spontane Ausstossung des Fremdkörpers durch die natürlichen Wege, 3 mal die Extraction nach chirurgischem Eingriff und 2 mal mangels jeden Eingriffes der Tod. Es wird zuerst die Frage der Diagnose behandelt, dann die Therapie; bei Abhandlung der Tracheotomie bespricht Verf. einige Handgriffe, die den guten Erfolg der Operation sichern. AUTOREFERAT.

139) **Leyden. Fremdkörper in der Luftröhre. (Corps étranger dans la trachée-artère.)** *La Semaine méd. 10. April* 1889.

Der Fremdkörper, ein kleines Steinchen, hatte ein Jahr in den Luftwegen verweilt und sich in einer Nische über dem rechten Stimmbande eingebettet. Infolge einer heftigen Bewegung machte er sich frei und rief einen tödtlichen Erstickungsanfall hervor. E. J. MOURE.

140) **H. R. Wharton. Bericht über einen Fall, in dem eine kupferne Tuchnadel mit breitem Knopf 10 Tage in der Trachea liegen blieb und 7 Stunden nach der Tracheotomie entfernt wurde. — Profuse Blutung aus der Trachea und Ausstossung einer grossen Zahl fibrinöser Röhrchen. (Report of a case in which a large-headed brass shawlpin remained in the trachea for ten days and was removed seven hours after tracheotomy. — Profuse hemorrhage from the trachea and expulsion of a large number of fibrinous casts.)** *Philad. Med. News. 13. April* 1889.

Die Ueberschrift des Artikels beschreibt den Fall hinreichend; der kleine Patient war 4 Jahre alt; er konnte als geheilt aus dem Krankenhaus entlassen werden. LEFFERTS.

141) **R. J. Daily. 14 Monate langes Ertragen eines Fremdkörpers in der Luftröhre. — Operation. — Heilung. (Case of tolerance of a foreign body in the trachea for 14 months. — Operation. — Recovery.)** *Omaha Clinic. April* 1889.

Der Patient war 10 Monate alt; der Fremdkörper war ein scharfkantiges Knochenfragment, das in der Trachea gerade unter dem Kehlkopf steckte. Es erfolgte schwerer Kehlkopfkrampf, welcher allmälig nachliess; der Knochen blieb 14 Monate in seiner Lage. Die Symptome waren croupartiger Husten, erschwerte Inspiration und Schlaflosigkeit, da der Kranke die willkürlichen Athemmuskeln bei der Athmung in Thätigkeit setzen musste. Der Fremdkörper wurde durch die Laryngo-Tracheotomie entfernt und das Kind, das sehr heruntergekommen war, genas. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

142) **J. W. Eliot. Ein Fall von Einkeilung einer Nussschale in den Bronchus. — Tracheotomie. — Tod am 17. Tage. (A case of a pea-nut shell lodged in the bronchus. — Tracheotomy. — Death on 17. day.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 20. Juni* 1889.

Bei der Autopsie zeigte sich, dass die Schale den rechten Bronchus in der Höhe seines zweiten Astes verstopfte. Es bestand putride Bronchitis und Lungengangrän; linksseitige acute Pleuritis, Atelectase etc.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

143) **Posthuma. Fremdkörper im rechten Bronchus.** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1.* 1889.

P. theilt in der Harlemer Medicinischen Gesellschaft einen Fall mit, in welchem der Patient spielender Weise ein bernsteinernes Mundstück einer Cigarrenspitze in den rechten Bronchus aspirirte und nach achttägigem Verweilen daselbst wieder aushustete. BAYER.

144) **E. Mackay. Fremdkörper im Bronchus. (Foreign body in bronchus.)** *Brit. Med. Journ. 23. März* 1889.

M. berichtet in der Medicinisch-chirurgischen Gesellschaft von Brighton und Sussex über einen Fall, wo ein 3jähriges Kind 4 Monate, nachdem es einen Pflaumenstein geschluckt hatte, an Verschluss eines Bronchus und Pneumonie der anderen Seite starb. MACKENZIE-JOHNSTON.

145) **Korteweg. Ueber Intubation. (Over Intubatie.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1.* 1889.

Vorgetragen in der Arnheimer Medicinischen Gesellschaft vom 9. Februar 1889. Nichts weiter davon mitgetheilt. BAYER.

146) **Percy Jakins** (London). **Ein Fall von Intubation. (A case of Intubation.)** *Brit. Med. Journ. 20. April* 1889.

Ein 5jähriges Kind wurde im Verlaufe einer Masernerkrankung von heftiger Dyspnoe in Folge von Oedem der Epiglottis und der Arytaenoidfalten ergriffen. Es wurde sofortige Besserung durch Einführung einer O'Dwyers'schen Tube No. 4, welche 6 Tage liegen blieb, erzielt. MACKENZIE-JOHNSTON.

147) **G. E. Armstrong. Intubation bezw. Tracheotomie zur Heilung der Kehlkopfstenose. (Intubation vs. tracheotomy for relief of laryngeal stenosis.)** *Montreal Med. Journ. Juni* 1889.

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

148) **Edgar Holden. Ein neues Instrument für die Tracheotomie. (A new instrument for tracheotomy.)** *N. Y. Medical Record. 16. Febr.* 1889.

Die Oeffnung wird in dem Raum zwischen Schild- und Ringknorpel vorgenommen, die beweglichen Blätter des Instrumentes (oder Divulsor) werden abgenommen, der Troocart herausgezogen und die geschlossenen Blätter aufwärts zwischen die Stimmbänder geführt, dann getrennt und seitlich gehalten mittelst eines durchbohrten Querbalkens, welcher losgelassen oder für diesen Zweck nach abwärts gedrückt werden kann. Die Operation kann im Augenblick, fast unblutig ausgeführt werden, und das Instrument lässt sich nach Belieben herausziehen und wieder einführen.

Die Oeffnung in den Luftwegen hat nur eine Weite von 2 Linien und wird durch den Divulsor geschlossen. Die aussen bleibenden Theile lassen die Ränder der Wunde sehen. — Die dem Originalartikel beigegebenen Holzschnitte bringen die Procedur zu deutlichem Verständniss. (Siehe Transactions of the American Laryngological Association. Bericht im Centralblatt für Laryngologie, 1889, No. 2, S. 81.) LEFFERTS.

149) **E. Piccini. Die Tracheotomie und ihre Anwendung. (Tracheotomia e sue applicazioni.)** Typ. Piccone. Alexandria 1889.

Eine zusammenstellende Arbeit. — Enthält nichts Neues. CARDONE.

150) **Moll. Fall von Tracheotomie.** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1.* 1889.

Ein 70jähriger Mann, der mehr als 3 Jahre an einer Larynxstenose gelitten hatte, musste schliesslich tracheotomirt werden. Die Operation war sehr mühsam. Es kam zu Emphysem des Kopfes, Halses, Oberarmes und der Brust, welches jedoch nach 24 Stunden verschwunden war. Pat. erlag nach 8 Tagen der Schluckpneumonie. Der Autor demonstrirt das Präparat: einen Tumor, welcher von der hinteren Trachealwand ausgegangen war und ein Enchondrom zu sein scheint. BAYER.

151) J. F. Blom van Geel. **Ein Fall von ausgebreitetem Hautemphysem nach Tracheotomie. (Een geval van uitgebreid huid-emphysem na tracheotomie. Genezing.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 9.* 1889.

Ein Junge von 7 Jahren erkrankt nach Masern an Symptomen einer acuten Laryngitis und wird wegen gefahrdrohender Stenose tracheotomirt. Bei der Abendvisite fand Verf. die Canüle deplacirt, die Respiration erschwert und ausserdem ein Hautemphysem, welches sich hauptsächlich links über den ganzen Kopf, Hals, Brust bis an die Papilla mammae und am Rücken bis zum unteren Rand der Scapula ausgebreitet hatte. Einlegen einer anderen weiteren Canüle. Obgleich in den nächsten Tagen die krankhaften Erscheinungen sich nach unten ausbreiteten und eine Pneumonie befürchten liessen, kamen sie doch zum Stillstand. Das Hautemphysem verschwand langsam und 3 Wochen nach der Operation befand sich Pat. in vollkommener Euphorie. BAYER.

152) D. H. Agnew. **Die Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *University Med. Magazine. Philad. Juni* 1889.

Eine klinische Vorlesung von Prof. A. über die Ausführung der Tracheotomie, wie er sie zuletzt gehandhabt hat. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

153) **Leitartikel der Medical Press. Die Tracheotomie bei Kehlkopfkrankheiten. (Tracheotomy in laryngeal diseases.)** *The editor of medical Press. 20. April* 1889.

Ein Leitartikel, der sich besonders mit der kürzlich abgehaltenen Discussion über die Vorzüge der frühen und späten Tracheotomie bei chronischen Kehlkopfkrankheiten beschäftigt; er bringt nichts von Belang. MACKENZIE JOHNSTON.

154) D. Bryson Delavan. **Eine Modification der Tracheotomie. (Modified tracheotomy.)** *N. Y. Med. Journ. 20. April* 1889.

Die Modification besteht darin, dass man da, wo die Canüle eingeführt werden soll, eine runde Oeffnung in die Trachea macht; man schneidet mit einem schmalen scharfen Tenotom ein Stück oder zwei oder noch mehr auf einmal aus den Trachealringen heraus, statt dass man einen verticalen Schlitz macht und die Canüle hindurchzwängt. LEFFERTS.

155) S. Ashhurst. **Ein gekrümmter Pilot zum Gebrauch bei der Tracheotomie. (A curved director to be used in the performance of tracheotomy.)** *Philad. Med. News. 22. Juni* 1889.

Ein Leiter, in seiner Gestalt der gewöhnlichen Aneurysma-Nadel ähnlich gearbeitet, mit einer Rinne an der Concavität. LEFFERTS.

156) Valette. **Primäre Tuberculose der Luftröhre. (De la tuberculose primitive de la trachée-artère.)** Paris 1889. Verlag von Steinheil.

Die Trachea kann der Sitz localisirter Tuberkulose sein, unabhängig von jeder Läsion der Lunge. Die Entwickelung dieser Affection geschieht langsam, sie macht sich Anfangs nur durch die Symptome einer Luftröhrenentzündung bemerkbar, kann aber zu schweren Erscheinungen in Folge der Schrumpfungen und Ulcerationen in der Trachea führen. E. J. MOURE.

## f. Schilddrüse.

157) **Harding Tomkins** (Bristol). **Acute Thyroiditis. (Acute Thyroiditis.)** *Brit. Med. Journ. 16. März* 1889.

Bericht über einen Fall, der in der Medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Bristol besprochen wurde. MACKENZIE JOHNSTON.

158) **E. Marconi. Ein Fall von hysterischem Kropf.** [? Red.] **(Un caso di gozzo isterico.)** Forlo. Typ. démocratique. 1889.

Nicht aufzutreiben. CARDONE.

159) **W. Jessop** (Retford). **Partielle Thyroidectomie. (Partial Thyroidectomie.)** *Brit. Med. Journ. 2. März* 1889.

Vortrag gehalten in der Medicinisch-Chirurgischen Gesellschaft in Sheffield; behandelt einen Fall, in dem ein Theil der Schilddrüse mit Erfolg entfernt worden war. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

160) **E. Bottini** (Pavia). **Geschwulst der Schilddrüse. (Tumore della tiroide.)** *Gazzetta medica lombarda. 2. März* 1889.

Der umfangreiche Tumor, der 850 Grm. wog, hatte die Trachea abgeplattet und verlagert. Derselbe wurde exstirpirt, die Heilung erfolgte in 16 Tagen. CARDONE.

161) **A. d'Antona** (Neapel). **Adenom der Thyroidea; Thyroidectomie; mit Betrachtungen über die Exstirpation der Thyroidea. (Adenoma della tiroide; tiroidectomia; quistioni circa l'estirpazione della tiroide.)** *Riforma medica. 29. März* 1889.

Es handelte sich um eine Frau von 23 Jahren; die Geschwulst erfüllte die Jugulargrube und verdrängte Trachea und Kehlkopf. d'A. stellt Kocher's, Schiff's, Horsley's u. A. Ansichten mit seinen eigenen Erfahrungen über die Folgen der Exstirpationen der Schilddrüse zusammen. CARDONE.

162) **Charles Mc. Burney. Entfernung einer Cyste der Schilddrüse. (Removal of a thyroid cyst.)** *N. Y. Med. Journ. 22. Juni* 1889.

Die Cyste der Schilddrüse, die nach einem Wachsthum von 4 Jahren eine beträchtliche Grösse hatte, wurde durch eine mediane Incision von 3 Zoll Länge, die durch die Drüsenkapsel und eine dünne Schicht normalen Drüsengewebes führte, entfernt. Die Enucleation wurde mit dem Stiele des Messers ausgeführt, die Blutung war unbedeutend. Die Operationswunde heilte primär unter einem Verbande. LEFFERTS.

163) **P. Berger. Ringförmiger Schnürkropf [Epitheliom der Schilddrüse]; vollständige Thyroidectomie; Tetanie; vorübergehende Cachexia strumipriva. (Goitre annulaire constricteur [epithelioma du corps thyroide]; thyroidectomie totale; tétanie; cachexie strumiprive passagère.)** *La France méd. No. 51, 53.* 1889.

Die klinischen Symptome der Geschwulst sprachen für ihre Gutartigkeit;

der Tumor hatte auch nach 9 Monaten nicht recidivirt, obschon die histologische Untersuchung gezeigt hatte, dass es sich um eine epitheliale Neubildung handelte.

E. J. MOURE.

164) **A. Pollosson. Eine Beobachtung von einschnürendem Kropf zusammen mit Krebs des Oesophagus. Hypothese einer Congestion nach der Schilddrüse, verbunden mit der Entwicklung des Krebses. (Une observation de goître constricteur coïncidant avec un cancer de l'oesophage. Hypothèse d'une congestion thyroïdienne liée avec l'évolution du cancer.)** *La Province méd. 23. März* 1889.

Schluck- und Athembeschwerden waren durch einen hypertrophirten Lappen der Schilddrüse erzeugt; sie hörten nach Entfernung desselben auf. Der Kranke starb einen Monat nachher, die Autopsie ergab eine krebsige Degeneration des Oesophagus ohne Verengerung und ohne Ausbreitung des Processes.

E. J. MOURE.

165) **L. Orcel. Krebs der Schilddrüse. (Du cancer du corps thyroïde.)** *La Province méd. No. 26 u. ff.* 1889.

Eine Studie über den Krebs der Glandula thyreoidea; nichts Neues.

E. J. MOURE.

166) **J. W. Mott** (London). **Ein Fall von primärem Carcinom der Schilddrüse mit nachfolgender Lymphdrüsenschwellung. (Case of primary carcinoma of the thyroid with secondary infiltration of the lymphatic glands.)** *Medical Press. 6. März* 1889.

Der 67jährige Mann wurde in das Charing Cross Hospital mit Husten, Dyspnoe und starker Schwellung der Schilddrüse aufgenommen. Er starb unter Dyspnoe wenige Tage nach der Aufnahme. Die Section ergab krebsige Massen in dem Lappen der Schilddrüse, die rechte Achselhöhle enthielt mehrere vergrösserte Drüsen; diese waren nach dem mikroskopischen Befund mit Krebszellen infiltrirt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

167) **Procter S. Hutchinson** (London). **Fälle von maligner Erkrankung der Schilddrüse. (Cases of malignant disease of the thyroid gland.)** *Journal of Laryngology. März* 1889.

Der Autor berichtet 1. über einen Fall von Sarkom der Schilddrüse und 2. über 2 Fälle von Carcinom der Glandula thyroidea. In den beiden letzten Fällen bestand früher ein Kropf.

MACKENZIE-JOHNSTON.

## g. Oesophagus.

168) **J. Drude. Oesophagusstrictur. Heilung. (Stricture of the oesophagus. Recovery.)** *Peoria Med. Monthly. März* 1889.

Der Fall betrifft den Autor selbst. Seine Strictur war eine spasmodische, er schrieb sie einer Reflexreizung von Seiten seines hämorrhoidalen Leidens zu.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

169) **A. Veggia. Ein Fall von Oesophagusstenose durch Hyperplasie etc. (Un caso di stenosi iperplastica dell' esofago etc.)** *Gazzetta Medica di Torino. 15. Juni* 1889.

Klinischer Bericht über den Fall mit Sectionsprotokoll. CARDONE.

170) **J. A. Fort. Verengerungen des Oesophagus, erfolgreich behandelt durch die lineare Electrolyse. (Retrécissements de l'oesophage traités avec succès par l'electrelyse linéaire.)** *Gaz. des hôp. 25. Juni* 1889.

Verf. berichtet über 3 Beobachtungen, in denen Verengerungen des Oesophagus auf diese Weise mit Erfolg behandelt wurden. Die organischen Stricturen lassen sich ebenfalls nach dieser Methode behandeln. E. J. MOURE.

171) **W. E. Royers** (Memphis, Tenn.). **Die Gastrostomie; mit einem Bericht über einen glücklichen Fall. (Gastrostomy with a report of a succesful case.)** *Annals of Surgery. Febr.* 1889.

Eine kurze Uebersicht über den Stand der Gastrostomie; Einzelheiten über die an einem 24jährigen Manne, der eine Strictur in Folge Schluckens eines kaustischen Alkali hatte, vorgenommene Operation. MACKENZIE-JOHNSTON.

172) **Kooyker. Carcinoma oesophagi.** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1.* 1889.

K. spricht in der Arnheimer Medicinischen Gesellschaft über einen Fall von Carcinoma oesophagi und demonstrirt das diesbezügliche Präparat, herstammend von einem 54 Jahre alten Patienten, welcher 4 Monate lang im Krankenhause behandelt wurde und an sehr geringer Dysphagie litt. Bei der Obduction wurde ein Oesophaguscarcinom mit Perforation in eine der Arteriae oesophageae vorgefunden. BAYER.

---

# II. Gesellschaftsberichte und Besprechungen.

## Elfte Jahresversammlung der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft, Washington, 30. und 31. Mai und 1. Juni 1889.

Donnerstag, den 30. Mai (Morgensitzung).

Der Vorsitzende, Dr. Ethelbert Carrol Morgan (Washington), eröffnete die Versammlung mit einer Ansprache. Er begrüsste die Gesellschaft in der Nationalhauptstadt und erklärte, dass die edle Arbeit der Versammlung durch die 11 Jahre ihres Bestehens zu dem Resultat geführt habe, die Laryngologie auf eine feste wissenschaftliche Basis zu erheben und ihre Wahrheiten und Wohlthaten in gleicher Weise dem ärztlichen Stande und der leidenden Menschheit zu erschliessen. Der Ausblick in die Zukunft war für die Laryngologie nie ein freudigerer, als eben jetzt. Der 10. Band der „Verhandlungen" befindet sich gerade

im Druck und enthält ausser den Vorträgen, die auf dem letzten Congress gehalten wurden, ein Inhaltsverzeichniss aller Abhandlungen, die in der Gesellschaft seit ihrer Begründung publicirt worden sind.

Darauf berichtete Morgan über:

### Die Entfernung einer überzähligen Tonsille.

Bei der Untersuchung fand sich ein Tumor, der rechts zwischen den Gaumenbögen nahe der Uvula hing und $^1/_2$ Zoll über die Ränder jener hervorragte. Die Geschwulst hatte die Grösse einer kleinen Mandel; ihre Farbe war ebenso wie die der Gaumenbögen eine dunkelrothe.

Schlüsse: 1. Die Lymphfollikel des weichen Gaumens und des Rachens können sich in einen Haufen vereinigen und gleichen dann in ihrer Anordnung der Rachentonsille. 2. Dieser Zustand ist ausserordentlich selten; so sah Redner, wenn er von der sogenannten „Rachentonsille" absieht, nur den einen eben berichteten Fall. 3. Diese Lymphfollikel sind aber auch im Stande, hypertrophisch zu werden. 4. Solche Hypertrophien kommen wahrscheinlich häufiger vor, als man allgemein annimmt. 5. Die Indicationen für einen operativen Eingriff sind dieselben, wie sie für die Rachentonsille gelten.

Dr. George W. Major (Montreal) sprach über:

### Die Beziehungen zwischen Erysipel des Gesichts und Erythem einerseits und intranasalem Druck andererseits.

Der Vortragende führt 4 Fälle an, um zu zeigen, dass Gesichtserysipel durch nasale Zustände hervorgerufen sein kann, zumal wenn diese zu Druckerscheinungen führen.

Dr. Samuel W. Langmaid (Boston) berichtete über einen

### Fall von acuter multipler Adenitis (septischer?), Oedem des Kehlkopfs mit spontaner Heilung.

Die Patientin war ruhelos, ihr Gesichtsausdruck ein ängstlicher, die Athmung erschwert, dabei ein trockener, croupöser Husten. Das Gesicht war nicht cyanotisch, aber es wurde festgestellt, dass während der vorhergehenden 24 Stunden die Gefahr der Erstickung bestanden hatte. Die Submaxillardrüsen und ebenso die im Nacken fühlbaren waren stark geschwollen. Temp. 99° F. Die Stimme laut und ganz klar; Tonsillen nicht vergrössert. Im Nasenrachenraum nichts Auffälliges. Laryngoskopisch liess sich hinten im Spatium arytaenoideum deutlich ein Tumor von etwa Haselnussgrösse erkennen. Die Stimmbänder waren im vorderen Drittel einander genähert und bewegten sich kaum während der Respiration. Die Pat. gab an, dass der Hals bis zum 4. Tage nach Beginn der Erkrankung nicht untersucht worden ist. Da die Athmung noch eine gute war, wurde beschlossen, vorläufig nichts zu thun. Wenn nöthig, sollte die Geschwulst im Kehlkopf incidirt werden. Wenige Stunden später fühlte die Pat., dass sich im Halse etwas öffne; es trat darauf eine schleimige Absonderung ein. Drei Stunden später war nichts zu sehen vor der aufgerichteten Epiglottis und einer

schleimig-eitrigen Masse, die hervorquoll. Es bestand ein fortwährender Ausfluss und doch war die Athmung nicht vollständig frei. Unter den Sekreten war auch $^1/_2$ Unze Pus gewesen. Die Absonderung hielt mehrere Tage an, die Pat. genas allmälig.

Man dachte daran, dass der Fall auf Diphtheritis beruhen könnte.

Dr. Wm. C. Glasgow (St. Louis) hielt einen Vortrag über:

### Eine Form von ödematöser Erkrankung der oberen Luftwege.

Er beschrieb eine ödematöse Erkrankungsform, die etwa 2 Jahre hindurch um St. Louis epidemisch war. Während des Bestehens dieser Affection traten die gewöhnlichen katarrhalischen Halserkrankungen in einer veränderten Form auf. In allen Fällen dieser Art war der Rachen in einem blassen, ödematösen Zustande; das Oedem war ein festes; ein eigenartig glänzendes Aussehen war zeitweise ausserordentlich markant. In der Mehrzahl der Fälle war der weiche Gaumen Sitz des Oedems. Bisweilen fand sich die Nasenschleimhaut in derselben Verfassung. Epiglottis und verschiedene Theile des Kehlkopfes können ergriffen werden. In einzelnen Fällen waren die wahren Stimmbänder deutlich ödematös. Es besteht ein Zustand der Schwellung der Gefässe, besonders der Vasa palatina. Dadurch sind manchmal purpuraartige Flecke verursacht und die Schleimhaut erscheint bunt gefleckt. In 2 Fällen konnte man solche purpuraähnliche Flecke in der Trachea sehen. In einem Falle waren erweiterte Gefässe auf dem wahren Stimmbande zu sehen. In manchen Fällen traten Ulcerationen ein. In einigen waren neben dem Oedem noch an verschiedenen Stellen des Halses Exsudatmassen abgelagert. Entfernte man diese, so blieb eine blutende Oberfläche zurück. — Die Symptome dieser Krankheit und das Aussehen des Halses schliessen die Diagnose Diphtheritis aus. Mycotische Herde wurden in 6 Fällen verzeichnet. Schwellung der Halsdrüsen war sehr häufig; in 2 Fällen kam es zur Eiterung. Die Symptome waren allgemeiner Natur und lokale. Die Krankheit ist danach eine constitutionelle; sie beruht nach der Ansicht des Redners auf einer Blutveränderung, welche wahrscheinlich — Genaueres vermag Redner hierüber nicht zu sagen — durch Mikroorganismen zu Stande kommt. Er hält die beschriebene Krankheit für nichts Anderes als Influenza, dieselbe Influenza, die so oft beschrieben worden ist, besonders von Graves. Die Krankheit beschränkte sich keineswegs auf das Missisippi-Thal, Redner sah Fälle aus allen Theilen des Landes.

Die Behandlung ist eine ganz einfache. Der Körper muss mit Natr. benzoicum gesättigt werden. Unter dieser Behandlung schwindet die Affection in wenigen Tagen oder Stunden. Sich selbst überlassen, kann sie vier Wochen und selbst Monate bestehen.

Darauf machte Dr. W. H. Daly (Pittsburgh) einige Bemerkungen im Anschluss an ein paar Beobachtungen von

### Engen Beziehungen zwischen chronischen Krankheiten der oberen Luftwege und Neurasthenie.

Seine Erfahrungen führten den Vortragenden zu der Ansicht, dass enge Be-

ziehungen zwischen den Zuständen der Nasenhöhle und der Neurasthenie in einigen ihrer Formen obwalten. D. gründet diese Anschauung auf das Studium von 25 Fällen; in diesen folgte auf die Entfernung der nasalen Störungen auch Heilung der neurasthenischen Zustände, ohne dass eine besondere Behandlung des Allgemeinleidens vorgenommen wurde.

Demonstration von Instrumenten.

Dr. Samuel Johnston (Baltimore) zeigte, wie man Mund und Nase mit Leichtigkeit waschen kann mittelst einer gewöhnlichen Syphonflasche, die man mit Sodawasser füllt und der ein Gummirohr auf die Abflussöffnung gesteckt wird.

Dr. J. O. Roe (Rochester N. Y.) zeigte Oesophagussonden aus Hartgummi mit einer biegsamen Spitze aus weichem Gummi. Ferner Sägen in Rahmen, wie sie von Juwelieren gebraucht werden, die nicht den Nachtheil der Biegsamkeit der gewöhnlichen Bosworth-Säge haben sollen. Schliesslich einen Pulverbläser mit Behälter.

Dr. E. Carrol Morgan demonstrirte ein Instrument, welches das Zurückziehen des Galvanokauters nach Application auf die Rachentonsille erleichtern soll.

Nachmittagssitzung.

Dr. John M. Mackenzie sprach über:

Einige Punkte in der Pathologie und Behandlung der Krankheiten des Nasenrachenraumes.

Redner kam zu folgenden Schlüssen:

1. Der Nasopharynx ist bei einer überaus reichen Menge von Individuen ausserordentlich empfindlich für reflexauslösende Reize.

2. Die besonders betroffenen Theile sind die hinteren Partien des erectilen Muschelgewebes und verschiedene Punkte in den oberen und hinteren Partien des Nasenrachenraums.

3. In Folge dieser extremen Empfindlichkeit kann ein lokaler pathologischer Process, der bei manchen gar nicht zu reflectorischen Veränderungen der Gefässinnervation Anlass geben würde, ein Heer nervöser Erscheinungen erwecken, die nicht nur auf die zuerst ergriffene Partie zurückzuführen sind, sondern auch auf andere selbst entfernte Organe des Körpers; dazu gehören: Husten und mannigfache neuralgische Affectionen. Oder die lokale Gewebsveränderung bildet den Ausgangspunkt für die mannigfachen sympathetischen Affectionen der Athemwege.

4. Dass diese Klassen der Nasenrachenraum-Neurosen nach denselben allgemeinen Principien zu erklären sind, wie in dem Artikel über die Neurosen der Nase dargelegt und dass die Pathologie der Nasen- und postnasalen Affectionen darum ein und dieselbe ist.

5. Dass die Behandlung nach den allgemeinen Anhaltspunkten, die in dem eben erwähnten Artikel aufgestellt werden, auszuführen ist.

6. Dass, wenn Krankheitsprocesse in der Rachentonsille entstehen, die Aufmerksamkeit nicht allein auf die Bursa zu richten ist, sondern es sollte ein Ver-

such gemacht werden, die Tonsille so weit als möglich in ihrer Gesammtheit zu exstirpiren.

7. Dass. während eine günstige Prognose bei Behandlung der Bursa allein nicht zu stellen ist, die Exstirpation der Rachentonsille oft sehr günstige Aussichten bei langdauernden Fällen von postnasalen Erkrankungen eröffnet.

Darauf berichtete Dr. Bryson Delavan über:

Einige Beobachtungen über den als adenoide Hypertrophie im Rachenraum bekannten Zustand und die zu seiner Entfernung angewandten Methoden.

Er beschrieb einen Fall, in dem mit jeder acuten katarrhalischen Störung eine Vergrösserung des adenoiden Gewebes des Rachengewölbes einherging, die zur Bildung eines grossen Tumors führte. Sobald der Anfall vorüberging, verschwand die Hypertrophie. Redner ging dann auf die Operationsmethoden und die Zufälle ein, die dabei auftreten können. Da die Operation mit erheblichen Schmerzen verbunden ist, fordert er den Gebrauch von Anaestheticis. In einer Reihe von Fällen hat er Chloroform mit gutem Erfolge angewandt; seine Absicht dabei war, die profuse Schleimabsonderung, die nach Anwendung von Aether häufig erfolgt, zu vermeiden. Wo Chloroform angewandt wurde, ist die Operation bei Rückenlage des Patienten auszuführen.

Dr. Geo. M. Lefferts legte Zeichnungen und Berichte vor über den

klinischen Verlauf dreier ungewöhnlicher Fälle.

Es handelte sich um 1. einen immensen papillomatösen Tumor des weichen Gaumens, 2. ein grosses Fibroid der Tonsille und 3. ein Fibroid, das vom Nasenseptum ausging. Der letzte Fall ist ein Unicum, es findet sich kein ähnlicher in der Literatur.

Ein Vortrag von E. Fletcher Ingals über:

Warzen in den Nasenwegen

wurde nur dem Titel nach verlesen.

Dr. F. H. Hooper sprach über:

Experimentelle Methoden zur Erforschung der Action der inneren Kehlkopfmuskeln.

Redner demonstrirte den Apparat, mit dem er den Effect der Reizung der Mm. thyreo-arytaenoideus internus und crico-arytaenoideus lateralis studirt hat. Der Kehlkopf eines Hundes war vollständig herausgeschnitten, die Schleimhaut entfernt und die Muskeln dann elektrisch gereizt worden.

Dr. F. J. Knight trug über:

Dysphonia spastica

vor.

Er berichtete kurz über 4 Fälle dieses Leidens, die er in den letzten sieben

Jahren gesehen hat. Er betrachtet den Zustand als einen seltenen; es handelt sich wahrscheinlich um einen Krampfzustand der Phonations- oder Athemmuskeln oder beider, der den Grund der schrillen, hohen, ruckweisen Stimme bildet. Die Prognose ist ungünstig. Die Absicht des Vortragenden geht dahin, zur Publication weiterer Fälle dieses Leidens zu veranlassen.

Dr. Rufus P. Lincoln (New York) hält seinen Vortrag über:

Recurrirende Kehlkopfgeschwulst.

Der Patient war vor 25 Jahren in Behandlung des verstorbenen Dr. Elsberg. Dieser operirte zuerst intralaryngeal, konnte aber so die Geschwulst nicht entfernen. Vor 22 Jahren machte er dann die Laryngotomie und entfernte den Tumor. Die damals vorgenommene mikroskopische Untersuchung führte zu keinem ausreichenden Resultat. Der Patient hatte seitdem keine weiteren Beschwerden, bis vor Kurzem die Geschwulst von Neuem wuchs. Redner entfernte neuerdings den Tumor, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Papillom erwies.

Freitag, den 31. Mai (Morgensitzung).

Dr. T. Amory de Blois (Boston) beschrieb

Einige Erscheinungsformen der Syphilis der oberen Luftwege.

Er berichtete über die Krankheitserscheinungen und die Symptome, die sie gemacht hatten.

Dr. Charles H. Knight (Boston) hielt darauf seinen Vortrag über

Die Galvanokaustik zur Behandlung der Hypertrophie der Tonsillen.

Der Vortrag schloss sich ergänzend an einen vor 2 Jahren gehaltenen an. Die galvanokaustische Methode ist bei jungen Kindern nicht erfolgreich, bei diesen ist die Guillotine vorzuziehen. Bei älteren Kindern und bei Erwachsenen wird sich der Galvanokauter nützlich erweisen. Die galvanische Schlinge wird vom Redner besonders besprochen. Mit dieser kann die Operation in einer Sitzung vollendet werden. Die mit der Schlinge entfernte Portion giebt keinen Massstab für die wirkliche Ausdehnung der Operation. Ein Theil des zurückbleibenden Gewebes verschorft und darum ist die Operation mit der Schlinge besser, als mit schneidenden Instrumenten. Der Schmerz scheint bei der galvanischen Schlinge nur wenig erheblicher zu sein, als bei der Guillotine. Erstere Operation ist freilich unangenehmer wegen des Geruchs des verbrannten Fleisches.

Dr. John O. Roe (Rochester) sprach über

Die Behandlung der Tonsillarerkrankungen, die nicht mit Hypertrophie einhergehen.

Zustände dieser Art haben eine ausserordentliche klinische Wichtigkeit, doch fanden sie bisher bei den Autoren keine Würdigung. Die gewöhnlichste Form der Erkrankung der Mandeln ist die Hypertrophie, bei Kindern findet man über-

haupt selten eine andere Form. Während der Pubertät können sich die Tonsillen verkleinern, doch kehren sie dann nicht mehr zu ihrem normalen Zustande zurück. Die kleinen Tonsillen bei Erwachsenen sind oft ein Folgezustand der Hypertrophie. Dies ist ein Gesichtspunkt, der zu Gunsten der Entfernung vergrösserter Tonsillen spricht [? Red.]. Die 2 Erkrankungsformen der Tonsille, auf die die Aufmerksamkeit gelenkt wurde, sind erstens eine chronische Erkrankung der Crypten und Lacunen der Tonsille und zweitens die fibröse Degeneration ihres Stroma, die zu Narbeneinziehungen führende Form der Krankheit. Erstere ist das Ergebniss eines chronischen Follicularkatarrhs der Tonsille und ist gewöhnlich mit einem chronisch folliculären Rachenkatarrh verbunden. Die Behandlung dieser Zustände ist wichtig, nicht nur der Krankheit selbst wegen, sondern auch, weil sie die Quelle stets wiederkehrender Beschwerden bilden und zu Reflexerscheinungen führen können. Lokale Applicationen sind ohne praktischen Nutzen. Der Galvanokauter, der bei Behandlung von Mandelhypertrophie so nützlich ist, kann auch hierbei zur Anwendung kommen, aber er ist nicht so wirksam, wie bei der erstgenannten Krankheit. Die Behandlung par excellence ist: Abtragung mit dem Messer. Es können die erkrankten Crypten offen gehalten und mit Chromsäure oder geschmolzenem Argentum nitricum geätzt werden; immerhin bleibt die Excision der beste Behandlungsplan. Es ist selten rathsam, die Entfernung der ganzen Masse auf einmal zu versuchen wegen der Adhäsionen mit den Gaumenbögen. Die Anwendung von Cocain vermindert die Schmerzen und die Blutung. In allen Fällen, in denen der Vortragende die Excision ausführte, war die Heilung eine vollständige, die begleitenden Symptome schwanden gänzlich.

Dr. J. Solis-Cohen (Philadelphia) besprach einen

Fall von Sarcom der Schilddrüse.

Es handelte sich um ein Schilddrüsensarcom, das auf den rechten Nervus sympathicus drückte; es bestanden einseitige tonische Contracturen der Kehlkopfmuskeln und intermittirend klonische Krämpfe der Muskeln der anderen Seite. Ferner bestand durch den Druck der Geschwulst eine Stenose; der letzteren wegen wurde die Tracheotomie ausgeführt, die für eine Reihe von Monaten Besserung brachte. Zwanzig Monate später trat eine Blutung ein, die aber ohne grosse Schwierigkeiten gestillt wurde. Allmälig traten deutliche Störungen von Seiten beider Vagusnerven auf und es bestanden starke Athembeschwerden. Zufällig wurde festgestellt, dass jede Reizung der Trachealschleimhaut die Dyspnoe besserte und gleichzeitig die Cyanose des Gesichts verschwinden liess. So wurde dieser Effect mit Leichtigkeit erzielt, wenn man die hintere Wand der Trachea mit einem durch die Trachealcanüle eingeführten gebogenen Draht berührte. Der Patient ging an Erschöpfung zu Grunde.

Schluss der Sitzung.

Auf Antrag des Vorsitzenden wird für den Nachmittag ein Ausflug nach dem Mount Vernon beschlossen.

Sonnabend, den 1. Juni. 3. Tag. Vormittagssitzung.

Dr. C. C. Rice (New York) hielt seinen Vortrag über:

## Einige ungewöhnliche Erscheinungsformen der Kehlkopftuberculose.

Die erste ungewöhnliche Krankheitserscheinung, die Redner anführte, betraf Fälle, wo Kehlkopfsyphilis und Tuberculose zusammen bestehen. Hierbei können die Veränderungen des einen Processes die des anderen maskiren. Die Prognose hängt davon ab, welcher von beiden Zuständen der activere ist. Diese Combination findet sich häufiger, als man allgemein annimmt, und wahrscheinlich ist mancher Fall von Heilung angeblicher Tuberculose unter diese Rubrik zu rechnen. Die zweite ungewöhnliche Aeusserung der Krankheit besteht darin, dass zu dem tuberculösen Process noch eine Neubildung von Gewebe sich zugesellt und dadurch die Diagnose erschwert wird. Die Neubildung kann zweifacher Art sein, Granulationsgewebe oder eine papillomatöse Geschwulst. Als dritter Zustand wird adhäsive Entzündung am vorderen Ende der Stimmbänder erwähnt. Diese Complication muss selten sein, weil ja der tuberculöse Process nur geringe Tendenz zur Narbenbildung und Heilung besitzt. Sie kann nur dann eintreten, wenn die Stimmbänder unbeweglich sind und eine allgemeine Gewebswucherung besteht. Zuletzt erwähnt Redner einen Fall, in dem eine Tuberkelbildung an dem einen Arytaenoidknorpel die einzige Aeusserung der Krankheit im Kehlkopf war; alle übrigen Theile desselben waren vollkommen normal.

Dr. J. C. Mulhall (St. Louis) glaubt, dass es eine katarrhalische Ulceration des Kehlkopfs giebt und dass der Zustand heilbar sei. Er hält es für sehr schwer, den Beweis zu erbringen, dass die tuberculöse Erkrankung des Kehlkopfs jemals eine primäre ist, wenn sie auch bisweilen das erste Zeichen des Zustandes bildet. Bei tuberculöser Ulceration im Kehlkopf hat er reine Milchsäure angewandt und die Ulceration dabei heilen sehen; doch kann er nicht sagen, dass er jemals eine Verlängerung des Lebens in einer merkbaren Weise dadurch constatiren konnte.

Dr. F. J. Knight hegt nicht den leisesten Zweifel daran, dass eine tuberculöse Ulceration des Kehlkopfs günstig verlaufen kann. Er hat solche Ulcera unter alkalischem Spray und Jodoform und ganz besonders unter Behandlung mit Milchsäure heilen sehen. Auch hält er es für möglich, dass tuberculöse Erkrankung des Kehlkopfes als Primäraffection vorkommen kann; in der Mehrzahl der Fälle jedoch wird eine sorgfältige Untersuchung das Vorhandensein einer Erkrankung der Lungen an den Tag bringen. Redner betrachtet nicht die Veränderungen des Athemgeräusches und der Athmung selbst als die wichtigsten Frühsymptome der Phthisis; er legt mehr Werth auf das lokalisirte Rasseln, das man beim Husten hört. Um dieses hervorzubringen, darf Patient nicht unmittelbar vor oder nach dem Husten inspiriren, sondern er soll nach einer Athempause husten. Redner sah nur wenige Fälle, in denen er die Krankheit im Kehlkopf als die primäre ansah.

Dr. J. N. Mackenzie ist der Ansicht, dass die Frage nach der Möglichkeit des Vorkommens primärer Tuberculose des Kehlkopfs durch die Untersuchungen auf dem Sectionstische erledigt worden ist, wo in ein paar Fällen trotz sorgfältigster Untersuchung des Körpers ein tuberculöser Herd nirgends anders gefunden werden konnte, als im Kehlkopf. Wenn eine tuberculöse Ulceration des Larynx heilen kann, so zeigt dies doch noch durchaus nicht die Heilung der Krankheit an. Redner sah das Zusammenbestehen von Syphilis und Tuberculose im Kehlkopf mehrere Male und es lässt sich in solchem Falle nur schwer sagen, welche Ulceration ist syphilitischen, welche tuberculösen Ursprungs. Die einzige Probe ist die der Behandlung. Redner sah nie etwas, das er als katarrhalische Ulceration des Kehlkopfs hätte bezeichnen können. Was die Therapie anlangt, so glaubt er, dass durch die Anwendung energischer Kuren mehr Nachtheile geschaffen werden als Vortheile. Es giebt eine Form von Ulceration, die in den späteren Stadien der Phthise vorkommt, hauptsächlich in der Nähe der Bifurcation der Trachea; diese ist wahrscheinlich durch eine corrosive Wirkung der Sputa bedingt.

Dr. W. C. Glasgow meint, dass tuberculöse Geschwüre des Kehlkopfs nie heilen. Er sah Fälle von Ulcerationen im Kehlkopf unter einer einfachen Behandlung heilen, aber diese konnte er nicht für wirklich tuberculöse Ulcerationen halten. Er hat zu seiner vollen Zufriedenheit in den letzten zwei Jahren das Wasserstoffperoxyd bei Behandlung solcher Ulcerationen angewandt und erzielte dabei oft rapide Heilung. Er glaubt auch nicht an eine Primärtuberculose des Kehlkopfs. In allen Fällen, die er zu Gesicht bekam, bestand mehr oder weniger vorgeschrittene Erkrankung der Lungen. Auch bei wahrer Miliartuberculose des Kehlkopfs fand er stets Zeichen der Krankheit in den Lungen, und von diesen Fällen, meint er, ist nie einer hergestellt worden. Fälle von katarrhalischer Ulceration im Kehlkopf hat er beobachtet.

Dr. S. Solis-Cohen (Philadelphia) sprach über:

## Gelegentliche örtliche Anwendung von Silbernitratlösungen zur Behandlung der chronischen Laryngitis.

Gerade den letzten hartnäckigen Resten der Krankheit gegenüber hat Redner erhebliche Erfolge erzielt mit der örtlichen Anwendung — mittelst Schwamm, Wattebausch oder Pinsel — von schwachen Silbernitratlösungen, etwa 0,6 : 30,0. Dieselben wurden täglich, 2 oder 3 Tage lang applicirt, bis sich Zeichen einer Congestion herausstellten; dann wurden längere Pausen gemacht. Im Laufe der Behandlung, in manchen Fällen noch bevor das letzte Stadium erreicht war, fand Redner eine offenbare Beschleunigung der Heilung durch gelegentliches Anwenden stärkerer Höllensteinlösungen (2,4 bis 3,6 auf 30,0) anstatt des Jodglycerin, Tannin, Theer oder sonst gebräuchlichen Mittel. Auf den Gebrauch der Silberlösung erfolgt zuerst eine merkbare Verschlimmerung und Congestion; doch diese geht schnell vorüber und schon beim nächsten Besuche ist gewöhnlich eine erhebliche Besserung zu bemerken. Diese Pinselungen finden je nach den Umständen einmal in 2 oder 3 Wochen statt.

Dr. C. E. Bean beschrieb 2 Fälle von

Tuberculose der Zunge.

Er lenkte die Aufmerksamkeit der Versammlung auf die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose, Carcinom und Syphilis.

Darauf hielt Dr. J. C. Mulhall den angekündigten Vortrag über

Die Lokalbehandlung der Diphtheritis.

Die Behandlungsmethode, die M. empfiehlt, stützt sich auf folgende Betrachtungen: 1. Die Diphtherie ist eine parasitäre Krankheit. 2. Der specifische Mikroorganismus wählt sich in der Mehrzahl der Fälle die Tonsillen aus. 3. Die Ansiedelung dieser Krankheitskeime führt, wenn sie nicht durch die Behandlung gehemmt wird, zu lokalen eitrigen Veränderungen mit folgender Betheiligung des Allgemeinsystems. 4. Wird der Kehlkopf oder die Nasenwege ergriffen, so steigt die Mortalität. 5. Die Krankheit ist vom Beginn an schwächender Natur. Nach Redners Eindrücken würde es bei dieser Krankheit besser sein, den Hals auszuwaschen, als den Spray anzuwenden. Diese Forderung lässt sich mit einer gewöhnlichen Spritze erfüllen und auf diese Weise kann der Hals ohne Schwierigkeiten ausgewaschen werden. Die einzige Lösung, die Redner hierzu verwendete, war Carbolsäure mit Jodlösung. Das Wasser wird oft mit Borsäure gesättigt.

Der hintere Nasenraum erfordert sorgfältige Beachtung. In jedem Falle von Diphtheritis sollen die Nasenhöhlen vom ersten Tage ab steril gehalten werden. Wo es ungewiss ist, ob eine Infection des Nasenraums stattgefunden hat, oder wo gar eine solche sicher vorhanden ist, ist die Nase mit einer schwächeren Lösung derselben Art auszuspülen und zwar nicht mehr als ein Theelöffel voll für jedes Nasenloch. Nach der Reinigung geht er oft zu Solventien über; die besten Resultate erzielte er mit Papoid. Bei Diphtherie des Kehlkopfs ist die einzig praktische Methode die Inhalation. Die Inhalation der Dämpfe von gelöschtem Kalk sollte nicht vergessen werden. In manchen Fällen von Diphtherie des Kehlkopfs erzielte er dadurch gute Resultate, dass er er den Patienten in einem kleinen Zimmer unterbrachte, das mit Schwefel eingeräuchert war, und dass er Wasser, dem Fichtenharz und Terpenthin zugesetzt war, beständig auf dem Siedepunkt erhielt.

Hierauf sprach Dr. F. Whitehill Hinkel (Buffalo) über:

Einige Symptome der Lithaemie in den oberen Luftwegen.

Der Einfluss der Lithämie und verwandter Zustände auf die oberen Luftwege hat bisher unter den Laryngologen wenig Beachtung gefunden, wie schon die spärliche Literatur, die über diesen Gegenstand vorhanden ist, beweist. Es ist hierbei zu unterscheiden zwischen der deutlich gichtischen Halserkrankung und solchen, die durch Lithämie oder ähnliche Zustände bedingt sind. Die an letzteren Leidenden mögen niemals Anfälle von wahrer Gicht oder auch unregelmässige Erscheinungen derselben aufweisen; ja in der Regel leiden sie nicht an solchen. Der Name Lithämie ist in seiner Anwendung sehr dehnhar, von extremen Verdauungs- und nervösen Störungen bis zu fast normaler Gesundheit. Infolgedessen

sind auch ihre Erscheinungen in den oberen Luftwegen nicht so scharf umschrieben, sie sind weder typisch, noch pathognomonisch. Eins der häufigsten Symptome derselben ist eine fleckige oder streifige, unregelmässige Congestion der Kehlkopf- und Rachenschleimhaut. In ersterem Falle wird die Krankheit von einem trockenen, explosiven Husten begleitet, im letzteren wird ein lästiges Gefühl oder positiver Schmerz an der Seite des Halses erwähnt, der sich gelegentlich auf die Ohren ausbreitet. Diese Fälle werden durch Stimulantien nur gereizt und schlechter gemacht. Die besten Resultate geben locale Sedativa und eine allgemeine antilithische Behandlung. Gelegentlich bilden acute Nasenrachenraumcatarrhe das Zeichen einer Exacerbation des lithämischen Zustandes. Alkalische und auflösende Medicationen mit geeigneter Diät geben eher Besserung, als eine locale Behandlung. Starke Erschlaffung des Venenplexus der Nasenmuscheln scheint bei manchen Individuen mit Lithiasis verbunden zu sein. Solche Fälle vertragen ein operatives kaustisches Vorgehen schlecht, sie haben davon wenig oder gar keinen Nutzen. Einige Fälle werden durch die antilithische und allgemeine hygienische Behandlung sehr gebessert. Andere sind kaum zu behandeln wegen der uncontrolirbaren lithämischen Tendenz.

Schliesslich kam ein Vortrag von William Porter (St. Louis) über:

Blutungen aus dem Kehlkopf

dem Titel nach zur Verlesung.

In dem darauf folgenden geschäftlichen Theil der Sitzung werden gewählt als

Vorstand für das nächste Jahr:

Zum:

Vorsitzenden: J. N. Mackenzie, M. D. (Baltimore).
Vicepräsidenten: Edgar Holden, M. D. (New York) und C. E. Bean, M. D. (St. Paul).
Secretär und Schatzmeister: C. H. Knight, M. D. (New York).
Bibliothekar: T. R. French, M. D. (Brooklyn).
Verwaltungsrath: Franklin H. Hooper, M. D. (Boston),
George M. Lefferts, M. D. (New York),
Frederick J. Knight, M. D. (Boston),
D. Bryson Delavan, M. D. (New York).
Vertreter zum Comité des Congresses amerikanischer Aerzte u. Chirurgen: Harrison Allen, M. D. (Philadelphia).

Aufgenommen wurden als Mitglieder: Wm. E. Casselberg, M. D. (Chicago) und H. L. Swain, M. D. (New Haven).

Als Ort der nächsten Versammlung wurde Baltimore gewählt, die Bestimmung der Zeit bleibt dem Ausschuss überlassen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang VI. Berlin, April. 1890. No. 10.

## I. Die laryngologische Literatur der ersten sechs Monate des Jahres 1889.

| Länder. | Allgemeines. | Nase u. Nasenrachenraum. | Mundrachenhöhle. | Diphtheritis und Croup. | Kehlkopf. | Schilddrüse. | Oesophagus. | Zusammen. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Grossbritannien und Colonien | 16 | 26 | 33 | 19 | 53 | 15 | 7 | 169 |
| Nordamerika | 16 | 32 | 26 | 46 | 28 | 3 | 2 | 153 |
| Frankreich | 10 | 24 | 35 | 33 | 28 | 12 | 5 | 147 |
| Deutschland | 14 | 25 | 21 | 15 | 44 | 8 | 4 | 131 |
| Oesterreich | 15 | 14 | 12 | 8 | 20 | 9 | 2 | 80 |
| Italien | 11 | 12 | 10 | 9 | 18 | 4 | 1 | 65 |
| Belgien und Holland | 7 | 13 | 5 | 10 | 16 | — | 2 | 53 |
| Russland | 1 | 3 | — | 3 | 6 | — | 1 | 14 |
| Schweden, Norwegen, Dänemark | 1 | 3 | 1 | 6 | 2 | — | — | 13 |
| Schweiz | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 11 |
| Spanien | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | — | — | 9 |
| Zusammen | 93 | 155 | 146 | 153 | 221 | 52 | 25 | 845 |

# II. Referate.

## a. Allgemeines, äusserer Hals, Therapeutisches.

1) **B. Fränkel. Die rhino-laryngologischen Operationen in der Aera des Cocains.** *Deutsche medicinische Wochenschr. No. 51. 1889.*

In dem auf der letzten Naturforscherversammlung in Heidelberg gehaltenen Vortrage fasst F. die grossen Vortheile zusammen, die durch die Einführung des Cocains ermöglicht sind. Er glaubt die Frage, ob durch das Cocain ein neuer Abschnitt in der Geschichte des rhino-laryngologischen Operirens angebrochen sei, bejahen zu sollen. In der Einzelausführung für die verschiedenen Höhlen werden die bekannten Vortheile: Anästhesie, Aufhören der Reflexerregbarkeit, Blutleere, welche zusammen bewirkt haben, dass die operative Localtherapie häufiger und mit grösserer Sicherheit ausführbar sei, näher besprochen und der nicht unwichtige Umschwung, den das Cocain in der Auswahl der Instrumente hervorgebracht, gewürdigt. Dass die Localtherapie ungebührend in den Vordergrund getreten sei gegenüber der allgemeinen Therapie, glaubt F. nicht.

LANDGRAF.

2) **Hauer** (Prag). **Ueber Schluckathmungen im Verlaufe des Cheyne-Stoke'schen Phänomens.** *Prager med. Wochenschr. No. 32. 1889.*

In den Athmungspausen konnte man bei einem comatösen, das Phänomen deutlich zeigenden Kranken wiederholt leichte Vorwölbung des Epigastriums und Höhertreten des Kehlkopfes (Schluckathmungen) wahrnehmen. H. nahm mittelst des Polygraphen Curven von der Athmung auf und bildete dieselben in halber Grösse ab. Er schliesst aus dieser Beobachtung, dass das Athmungscentrum zwar nicht mehr auf Blutreize, wohl aber auf die Reize reagirte, die ihm durch Irradiation von dem Schluckcentrum zugeführt wurden.

CHIARI.

3) **Stocquart. Nasen-, Mund-, Pharynx-, Larynx-, Tracheal- und Bronchialaffectionen. (Affections du nez, de la bouche, du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches.)** *Archives de Méd. et de Chir. pratiques. October und November 1889.*

Aufzählung diesbezüglicher Fälle aus der Poliklinik des Verf.'s ohne jedwede wissenschaftliche Bedeutung. Von einer laryngoskopischen Untersuchung ist überhaupt nie die Rede und dieselbe scheint auch nie vorgenommen worden zu sein.

BAYER.

4) **Haupt** (Soden). **Wann und in welchem Umfange ist die locale Behandlung von Nasen- und Halskrankheiten in Badeorten indicirt?** *Deutsche Med.-Zeitung. No. 87. 1889.*

Die Ausführungen H.'s, denen man ohne Weiteres beistimmen kann, sind am besten in dem einen seiner Schlusssätze zusammengefasst, dass nämlich die

Badeärzte dann zweckmässig handeln, wenn sie ihre Patienten während einer Badecur von der gewöhnlichen, relativ kurzen Dauer mit localer Behandlung möglichst verschonen. Diagnosticirt der Badearzt in solchen Fällen operationsreife Anomalien, so überlässt er am besten das Weitere dem Haus- und resp. dem Specialarzt der Heimath, während er selbst seine Heilmittel zur Vorbereitung für die spätere Radicalcur mit Vortheil benutzen kann. SEIFERT.

5) **J. B. Hamilton. Bericht über 2 Fälle von Verbrühung der Luftwege durch zufällige Einathmung von Dampf, mit Bemerkungen. (A report of two cases of scalding of the air passages by the accidental inhalation of steam with remarks.)** *Journ. American Med. Assoc. 12. Jan. 1889.*

Die Verletzungen infolge von Inhalationen von Dampf sind ausgedehnter, als die durch heisses Wasser oder andere Flüssigkeiten gesetzten, denn ersterer dringt weiter. Schwere innerliche Congestionen und reflectorische Entzündungen können ebensowohl diesen Schädlichkeiten folgen, wie einer mehr ausgebreiteten Entblössung der Oberfläche. Nach dem Tode ist das Oedem weniger deutlich, als während des Lebens; auf diese Thatsache hat man bei Feststellung der unmittelbaren Todesursache Rücksicht zu nehmen: es ist dies ein für die gerichtliche Medicin bisweilen sehr wichtiger Punkt.

Die Indicationen für die Behandlung sind Linderung der Schmerzen und Hemmung der weiteren Schwellung. Diesen Bedingungen vermag kein zweites Mittel so gerecht zu werden, als der Schwefeläther, der inhalirt beides bewirkt, locale und allgemeine Anästhesie. Möglicherweise ist nach dem acuten Stadium Calomel nützlich. Blutegel, auf der Aussenseite des Halses angesetzt, haben keinerlei ödemhemmende Wirkung.

Da die Anästhesie für eine gewisse Zeit vorgenommen werden muss, so werde der Aether mehr oder weniger verdünnt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

6) **V. Cozzolino** (Neapel). **Die Tuberculose der Nasenhöhle, des Rachens, des Gaumensegels, der Zunge, der Mandeln und des Gehörorgans. (La tuberculosi delle cavità nasali, del faringe, del velo pendolo, delle tonsille, della lingua e dell' apparato auditivo.)** *Gazzetta medica di Roma an XV. 1. April 1889.*

Eine compilatorische Arbeit. CARDONE.

7) **H. J. Westmoreland. Dislocationen des Zungenbeins. (Dislocations of the hyoid bone.)** *Atlanta Med. and Surg. Journ. Juni 1889.*

Bericht über 2 Fälle; in beiden war der Zufall mehrere Male eingetreten; die Patienten waren im Allgemeinen im Stande, die Reduction auszuführen. Es bestand beträchtlicher Schmerz und Schwellung am Halse über dem grossen Horn des Zungenbeins. In einem Falle half sich der Patient gewöhnlich selbst, indem er den Kopf nach hinten und vorne bewegte; im anderen machte Patient gurgelnde Bewegungen.

Es giebt für diese Affection in der Literatur nur 6 Beispiele, wahrscheinlich aber wird sie oft übersehen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **P. W. Maxwell** (Dublin). **Eine Methode zur Erzeugung neutraler Ammoniumchlorid- oder -bromiddämpfe zur Inhalation; mit Demonstration des Apparats. (A method for generating neutral fumes of Ammonium Chloride or Bromide for inhalation; with demonstration of instrument.)** *Dublin. Journ. of Med. Sciences. März 1889.*

Das Ammoniumchlorid oder -bromid wird durch Erhitzung in einem Cylinder verdampft, die ausströmenden Dämpfe gehen durch feuchte Glaswolle. Wenn es sich um das Bromsalz handelt, ist die Glaswolle mit einer Resorcinlösung getränkt, die die freien Bromine zurückhält. Hayes beglückwünschte Dr. Maxwell zu seinem Apparat.

P. M'BRIDE.

9) **A. Fasano** (Neapel). **Die Catramine Bertelli [? Red.] in den Krankheiten des Respirationsapparats. (La catramina Bertelli nelle malattie dell' apparecchio respiratorio.)** *Arch. internaz. di Laringologia. Juli 1889.*

F. giebt an, mit gutem Resultate dieses Präparat bei den Krankheiten des Respirationsapparates angewandt zu haben, besonders bei der Tuberculose des Kehlkopfs. Reclame-Artikel.

CARDONE.

10) **Emil Pfeiffer** (Wiesbaden). **Ueber einige Indicationen der Trinkwassercuren mit dem Kochbrunnen zu Wiesbaden.** *Berliner klinische Wochenschr. No. 26. 1889.*

Pf. empfiehlt gegen chronische und subacute Catarrhe der Nase und des Rachens 3 mal täglich zu wiederholende Ausspülung mittelst lauwarmen Kochbrunnenwassers. Besonders eignen sich die mit Krustenbildung einhergehenden Catarrhe scrophulöser Kinder. Die günstige Wirkung wird den im Brunnen enthaltenen Kalksalzen zugeschrieben.

Bei Catarrhen des Kehlkopfes, der Luftröhre und Bronchien empfehlen sich Trinkcuren mit dem Brunnen, der 50—60° R. heiss in kleinen Schlucken 3 mal täglich $^1/_2$ Stunde vor den Mahlzeiten in Mengen von 200—300 Grm. genommen werden soll.

LANDGRAF.

11) **Schorudorff** (Soest). **Beiträge zur therapeutischen Verwerthbarkeit des Jodol.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1889.

Mittheilung über 8 Fälle von Struma aus der Praxis des Referenten, bei welchem Jodol innerlich in Pillenform zu 0,1—0,15 mit Ausnahme eines Falles erhebliche Verkleinerung der Geschwulst herbeigeführt hatte, ohne unangenehme Nebenwirkungen zu entfalten.

SEIFERT.

12) **Herzog** (Graz). **Ueber Anwendung der Sozojodolpräparate bei Nasen- und Halsaffectionen.** *Therap. Monatsh. No. 8. 1889.*

Die Sozojodolpräparate erwiesen sich auch nach den Erfahrungen H.'s als sehr zweckmässig für die Behandlung von Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Das Hydrarg. sozo-jodol. wurde als Salbe 1 : 50 Lanolin bei Wundsein, Excoriationen, Rhagaden- und Eczembildung am Naseneingang mit bestem Erfolg angewandt, Zinc. sozojodolicum bei trockenen Nasencatarrhen in der Verdünnung von 1—2 : 10, Talc. venet., Natrium und Kalium sozo-jodol. im Ver-

hältniss von 1 : 1 Talc. venet. bei den einfachen chronischen Rhinitiden und den Retronasalcatarrhen. Sozo-Jodolkalium hatte auch bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren insofern günstigen Einfluss, als sich die Geschwüre rasch reinigten.

SEIFERT.

13) v. **Isoo** (Wien). **Ein Fall von Cocain-Intoxication.** *Oesterr.-Ung. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde. Juli 1889.*

Nach Injection von 0,08 Grm. Cocain. mur. unter das Zahnfleisch trat bei einem kräftigen Manne eine heftige Intoxication auf. Herzklopfen, Schwindel, Ohnmacht, dann wieder Schwindel, Schwäche, Appetitlosigkeit (letztere durch 2 Tage anhaltend) bildeten die Haupterscheinungen. J. räth daher, bei submucösen Injectionen im Bereich des Kopfes nicht mehr als 0,05 Grm. zu verwenden.

CHIARI.

14) **Weiser** (Wien). **Können subgingivale Cocain-Injectionen rein local anästhesirend wirken, oder führen sie immer auch zu Allgemeinerscheinungen?** *Oesterr.-Ung. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde. Juli 1889.*

W. kommt auf Grund seiner reichen Erfahrung dazu, dass dies von der Art der Injection abhänge. Spritzt man die Cocainlösung in das kurze, straffe Gewebe unmittelbar an den Knochen des Processus alveolaris, so erfolgt locale Anästhesie ohne allgemeine Erscheinungen. Spritzt man sie aber in das lockere submucöse Gewebe der bucco-gingivalen Schleimhautfalte oder des Mundhöhlenbodens oder der Grenze des harten und weichen Gaumens ein, so kommt es leichter zu allgemeiner Intoxication. Diese Beobachtung fordert auch zur sorgfältigen Wahl der Injectionsstelle bei Operationen in Kehlkopf und Nase auf.

CHIARI.

15) **Kuttner. Die Electrolyse, ihre Wirkungsweise und ihre Verwendbarkeit bei soliden Geweben.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 45 ff. 1889.*

Nach kurzem historischen Ueberblick: Empfehlung durch Crusell und Nélaton, Verwerfung durch Billroth, vermittelnde Stellung von V. und P. Bruns, stellt Verf. fest, dass Billroth's Vorwurf gegen das Mystische der Methode noch zu Recht besteht, dass es ferner an präciser Indicationsstellung fehle und dass die Art der Anwendung genauer präcisirt werden müsse. In Betreff des ersten Punktes prüfte Verf. an todten und lebenden Geweben die Wirkung und fand, dass durch die Electrolyse eine Zerstörung bedingt wird, die in geradem Verhältnisse steht zur Dauer und Intensität des einwirkenden Stromes. An beiden Polen sieht man unter knisterndem Geräusch eine schaumigweisse Flüssigkeit austreten, die an der Kathode eine alkalische, an der Anode saure Reaction zeigt. Die Temperatur der Gewebe steigt: Es entwickeln sich makroskopisch sichtbare und mikroskopisch genauer studirte Veränderungen, andere am + Pol, andere am — Pol, die Verf. zurückführt 1. auf eine rein mechanische Wirkung durch das Entweichen der Gasblasen, 2. auf einen chemischen Einfluss, den die frei werdenden Säuren und Basen auf das Gewebe ausüben — ein Punkt, auf den vielleicht früher zu viel Gewicht gelegt ist; 3. auf den Einfluss der Entziehung der ernährenden Gewebsflüssigkeit auf die Gewebe, ein Einfluss, der

bisher viel zu wenig gewürdigt ist. Daneben mögen noch andere Factoren wirken, die sich vorläufig unserer Kenntniss entziehen.

Diese am todten Gewebe gefundenen Verhältnisse sind für den lebenden Körper nicht so ohne Weiteres verwerthbar. Es wurden demnach in einer zweiten Versuchsreihe die Testikel dreier lebender Hunde electrolytisch zerstört. Dabei zeigte sich, dass der +Pol zur Erzielung einer resorbirenden Wirkung in der Tiefe völlig ungeeignet ist. Viel wirksamer ist der —Pol. Im Gegensatz zur ersten Versuchsreihe zeigte sich, dass die Einsenkung zweier mit der Kathode verbundener Nadeln viel energischer wirkt, als eine einfache Nadel, noch stärker war die Wirkung, wenn eine Doppelnadel zur Verwendung kam, die mit beiden Polen in Verbindung stand. Bei der nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen vorgenommenen Section zeigte sich an Stelle des zerstörten Gewebes stets eine bindegewebige Schwarte.

Für die praktische Verwerthung ergiebt sich, dass man scharf unterscheiden muss, ob man in der Tiefe zerstörend wirken will, ohne dass die Oberfläche Schaden nehmen darf, oder ob es auf Schonung der Oberfläche nicht ankommt. Für die erstere Eventualität ist die Electrolyse das souveräne Mittel. Angewendet wurde sie in 9 Fällen von Struma mit 2 völligen Heilungen, 5 Besserungen. Instrumentarium: constante Batterie, absoluter Galvanometer, Rheostat, Nadel, die nur an der Spitze ihre Wirksamkeit entfaltet (Hirschmann). Dauer der Sitzung 10 Minuten. Stromstärke bis zu 70 MA. Weiter bieten die Nasenrachentumoren, deren blutige Entfernung so viele Opfer fordert, ein geeignetes Feld für die Electrolyse. Anführung eines so völlig geheilten Falles. Gute Dienste leistete ferner die Electrolyse bei hochgradiger Schleimhauthypertrophie der unteren Muscheln. Nicht abgeschlossen sind Versuche ihrer Anwendung bei Infiltration der Epiglottis auf tuberculöser Basis.

Kommt es auf die Schonung der Oberfläche nicht an, oder sind nicht, wie in den angeführten Fällen, besondere locale Gründe maassgebend, so verdienen die schneidenden Instrumente den Vorzug.

Die Arbeit stammt aus der Klinik des Prof. Krause. LANDGRAF.

16) **H. Gessler** (Stuttgart). **Electrotherapeutische Erfahrungen.** *Med. Corresp. Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins. No. 35. 1889.*

In der Casuistik findet sich mitgetheilt ein Fall von Lähmung des rechten Gaumensegels infolge eines Schlaganfalls, der $^1/_2$ Jahr vorher sich ereignet hatte. Die laryngoskopische Untersuchung ergab normale Verhältnisse. Die rechte Zungenhälfte und die rechte Hälfte des weichen Gaumens waren anästhetisch. Die electrische Behandlung (17 Sitzungen) führte nach 2 Monaten zur Heilung. In einem zweiten hier interessirenden Falle handelte es sich um Morbus Basedowii, bei welchem Galvanisation des Hals- und Brustmarkes, sowie der Halssympathici und quere Faradisation durch beide Halssympathici mit mittelstarken Strömen die subjectiven Beschwerden beseitigte und die Pulsfrequenz von 120 auf 90, den Halsumfang von 33 Ctm. auf 30 Ctm. zurückbrachte.

SEIFERT.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

17) C. L. Dana. **Die centralen Bahnen des Olfactorius und ihre Krankheiten. (The central tracts of olfactory nerves and their diseases.)** *N. Y. Med. Journ. 4. Mai 1889.*

Eine fleissige und interessante Abhandlung; sie bietet einige Facta und Gesichtspunkte, die den ersten Hirnnerven betreffen und die nach der Meinung des Autors neu sind. Zuerst behandelt dieser die Nase selbst unter dem allgemeinen Gesichtspunkt, dass sie mehr als Geruchsorgan zu betrachten ist, denn als Respirationsorgan, als welches man sie heute allgemein anzusehen geneigt ist. Es folgt eine sorgfältige, erschöpfende anatomische Beschreibung des Nervus olfactorius. Erkrankungen des intracraniellen Theiles des Riechnerven kommen vor bei Tabes, allgemeiner Lähmung, senilem Verfall und (nur functioneller Natur) bei Hysterie. Neuritis des Olfactorius ist selten. Seine Fasern sind Schädlichkeiten auf verschiedenem Wege ausgesetzt, durch Tumoren, Thromben, Hämorrhagien und Meningitis der aufliegenden Pia. Syphilis ist wahrscheinlich die Hauptursache der Anosmie.

LEFFERTS.

18) H. Zwaardemaker (Utrecht). **Ueber die Prüfung des Geruchssinnes bei der klinischen Untersuchung. (On measurement of the sense of smell in clinical examination.)** *Lancet. 29. Juni 1889.*

Die Abhandlung bezweckt die Beschreibung eines Instrumentes (von dem eine Abbildung gegeben wird), das Z. ersonnen hat zur quantitativen Schätzung des in einem gegebenen Falle vorhandenen Grades von Anosmie. Der „Olfactometer“ — so nennt ihn Z. — besteht aus zwei Röhren von einer bestimmten Grösse, die eine fest in die andere passend. Die äussere Röhre ist bekleidet mit einem stark riechenden Material, sie vermag auf der inneren Röhre auf- und abzugleiten. Ein Ende der inneren Röhre bleibt frei; dasselbe ist so gebogen, dass es in ein Nasenloch passt. Wenn Luft durch die Röhren streicht, so wird die Menge des in der Luft enthaltenen Geruchs von der Ausdehnung des Stücks der äusseren Röhre abhängen, das die Luft passiren muss. Man wird die verschiedenen Grade von Geruchsvermögen proportional der Länge des ausgezogenen Stücks der Aussenröhre finden und kann sie durch eine graduirte Scala auf dieser bestimmen. Für klinische Zwecke wendet Z. nur 2 Geruch erzeugende Agentien an: erstens vulcanisirten Kautschuk und zweitens Ammoniacum Guttapercha, das noch sehr viel stärker riecht, als das erstere. Diese Stoffe können leicht nach Belieben vermehrt werden, aber für die gewöhnliche Untersuchung ist dies unnöthig, denn Z. fand, dass in allen Fällen die Sensibilität für die verschiedenen Qualitäten des Geruchs in gleichem Grade vermindert ist. Die Geschwindigkeit, mit der die Luft durch die Röhre streicht, wird die Perception des Geruchs beeinflussen; deshalb ist einige Uebung nöthig, damit man die Geschwindigkeit ermittelt, die die besten Resultate giebt. Ein intelligenter Patient wird es leicht lernen, diesen Schnelligkeitsgrad regelmässig innezuhalten.

MACKENZIE-JOHNSTON.

19) **Disse** (Göttingen). **Die Ausbildung der Nasenhöhle nach der Geburt.** *Archiv für Anatomie und Physiologie. Supplementband. 1889.*

In der sehr interessanten Arbeit versucht D. die Verschiedenheit im Bau der Nasenhöhle bei Säuglingen und Erwachsenen festzustellen. Dem Säugling fehlt der untere Nasengang vollständig und der geräumigere Abschnitt der Nasenhöhle, der Kieferabschnitt, ist sehr niedrig. Es athmet daher das Kind in den Monaten durch den gemeinsamen Nasengang, der durch den noch engen mittleren Nasengang nur wenig vergrössert wird. Die schmale Nasenhöhle kann nur eine geringe Luftmenge aufnehmen; jede Anschwellung der Schleimhaut muss die Durchgängigkeit der Luftwege ernstlich behindern. Der Kieferabschnitt mit dem unteren und dem mittleren Nasengang ist beim Säugling nur der Anlage nach vorhanden, mehr angedeutet als ausgebildet. Seine Ausbildung führt die Nasenhöhle in die Form über, die für den Erwachsenen charakteristisch ist. Zu Ende des 7. Lebensjahres wird diese erreicht; es handelt sich nach diesem Zeitpunkte nur noch um gleichmässige Zunahme der einzelnen Räume, nicht mehr um Aenderung des Typus.

Es ist also beim Säugling die Nasenhöhle nicht nur enger, als beim Erwachsenen, sondern auch anders gebaut. SEIFERT.

20) **Loewenberg** (Paris). **Akustische Untersuchungen über die Nasenvocale.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. 1889.*

L. hat bereits vor 10 Jahren unterschieden zwischen französischen und nichtfranzösischen Nasenvocalen und gefunden, dass bei letzteren die ihre Aussprache bedingende Verengerung der Mundpassage durch Annäherung von Zungenrücken und Gaumensegel eine beträchtlichere ist, als bei jenen. Er hat die Versuche fortgesetzt und mit Hilfe einer akustischen Untersuchungsmethode zu eruiren gesucht, welches die für die verschiedenen Nasenvocale charakteristischen musikalischen Töne sind oder, um mit Helmholtz zu sprechen, für welche Töne die in der Mundhöhle enthaltene Luftmenge beim Aussprechen derselben abgestimmt ist. Er hat sich dazu eines ihm von König (Paris) zur Verfügung gestellten, von diesem construirten Tonometers bedient. Das Resultat dieser Untersuchungen ist, dass die Eigentöne der französischen Nasenvocale (an, ein, on) gleich den unteren Terzen der entsprechenden reinen Vocale (a, e, o) sind. während die entsprechenden nichtfranzösischen Nasenvocale (ang, eng, ong) nur einen halben Ton höher liegen, als die unteren Octaven der entsprechenden reinen Vocaltöne. Für oe, eun, oeng, sog. Vermittelungsvocale, sind die Intervalle zwischen den genannten Lauten durchaus verschieden von den in jeder der drei anderen Gruppen enthaltenen. LANDGRAF.

21) **Herzfeld** (Berlin). **Beiträge zur Anatomie des Schwellkörpers der Nasenschleimhaut.** *Arch. f. mikrosk. Anatomie. XXXIV. 2. 1889.*

Die unter Zuckerkandl's Leitung und mit Abbildungen ausgestattete Arbeit beschäftigt sich unter Anderem auch mit der Frage, ob Schwellgewebe am Septum des Menschen sich fände. Die mikroskopische Untersuchung der Nasenscheidewandschleimhaut ergab keine Gefässformation, die man als typisches

Schwellgewebe bezeichnen könnte, wohl aber findet man zahlreiche Venenplexus, welche im Verein mit reichlichen Drüsen vollständig hinreichen, um die mehrfach intra vitam gemachte Beobachtung erklären zu können, dass an der Nasenscheidewand sich Schwellungen nachweisen lassen, die auf Druck leicht verschwinden und nach Aufhebung des Druckes wiederkehren.

Das Hauptgewicht der Untersuchungen ist auf das Muschelgewebe gerichtet, aus deren Resultat sich ergiebt, dass der Schwellkörper der Nasenschleimhaut reich an organischer Muskulatur sei, die nicht frei im Balkengewölbe des Schwellkörpers liege, sondern die Tunica media der Arterien und Venen bilde und dicht gedrängt um die Lichtungen der Lacunen des Schwellkörpers liege, dass ferner im Balkengewebe des Schwellkörpers zahlreiche elastische Fasern vorhanden seien, dass das Schwellgewebe sich nicht in den Knochen fortsetzt, sondern dass Knochenvenen aus demselben heraustreten und sich zu den periostalen Venen und den Abzugskanälen des Schwellgewebes begeben. SEIFERT.

22) Cozzolino. **Vordere Rhino-Tubo-Pharyngoscopie bei hinterer elektrischer Erleuchtung. Eine neue Untersuchungsmethode für die hintere Nasenhöhle. (Rhino-tubo-pharyngoskopie antérieure à ecleirage électrique postérieur. Nouvelle méthode d'examen des fosses nasales postérieures.)** *Annales de mal. de l'or. März 1889.*

Der Verf. braucht erstens ein gefenstertes Speculum, ähnlich dem Zaufalschen, und zweitens eine kleine electrische Lampe, die in den Nasenrachenraum eingebracht wird. Er beansprucht die Priorität für dieses Vorgehen, das er auf dem Congress in Brüssel mitgetheilt und seitdem in italienischen Blättern veröffentlicht hat. E. J. MOURE.

23) E. Cresswell Baber (Brighton). **Ein neuerlicher Fortschritt in der Untersuchung der hinteren Nase. (A recent improvement in posterior rhinoscopy.)** *Brit. med. Journ. 12. Jan. 1889.*

Mittelst eines von White (Richmond, Virginia) angegebenen und von Baber verbesserten Instrumentes kann man den weichen Gaumen so nach vorn ziehen, dass man einen weit besseren Einblick in den Nasenrachenraum erhält. Der Handgriff trägt eine verschiebbare Klammer, die man so auf die Oberlippe aufsetzen kann, dass das Instrument sich in seiner Lage erhält und der Operateur beide Hände frei hat. Das Instrument lässt sich schnell anlegen und entfernen und verspricht für Untersuchung und Operationen im Nasopharynx werthvolle Dienste zu leisten. R. MACKENZIE-JOHNSTON.

24) Geo. B. Hope. **Vollkommener knöcherner Verschluss der vorderen Nase in Folge von Hyperostose der Gesichtsknochen. (Complete bony occlusion of the anterior nares due to hyperostosis of the facial bones.)** *N. Y. Med. Journal. 4. Mai 1889.*

Der Verschluss war bedingt durch Wachsthum der Nasenmuscheln, aber während die anderen Gesichtsknochen entsprechende Grösse und Gewicht erreicht hatten (der Unterkiefer war $^3/_4$ Zoll dick und der harte Gaumen $^1/_2$ Zoll), schienen die übrigen Canäle und Foramina des Schädels sich nicht vergrössert

zu haben, mit Ausnahme des Thränencanals, welcher ganz fest verstopft, und der Tuba Eustachii, welche verbreitert und knochenhart war. Geruch, Gesicht und Gehör waren gut. LEFFERTS.

25) **Ollier. Niederklappen der Nase durch die verticale und bilaterale Osteotomie. (Abaissement du nez par ostéotomie verticale et bilatérale.)** Soc. de chir. in: *La Semaine Med. 22. Mai 1889.*

Anlässlich eines von ihm operirten Falles legt Verf. die Vortrefflichkeit seiner Methode mit Rücksicht auf die Leichtigkeit, mit der sich intranasale Operetionen ausführen lassen, dar. E. J. MOURE.

26) **Beverley Robinson. Eine kurze Uebersicht über den Nasencatarrh und seine Behandlung. (A brief summary of nasal catarrh and its treatment.)** *N. Y. Med. Journ. 15. Juni 1889.*

Ein vortrefflicher Artikel zur rechten Zeit und gut geschrieben; wenn er auch in therapeutischer Hinsicht nichts Neues oder Originales enthält, verdient er doch besondere Empfehlung. Niemand, meint der Autor am Schluss, schätzt mehr wie er den wirklichen Fortschritt, der in den letzten 10 Jahren in der Behandlung des Nasencatarrhs gemacht worden ist. Doch auf der anderen Seite angesichts der zunehmenden chirurgischen Neigungen gegenüber dieser Krankheit, meint R., werden wir täglich Zeugen unnöthiger und schädlicher Operationen, die dem Patienten keinen wirklichen Nutzen bringen und die, wenn sie seitens der allgemeinen Aerzte erst richtigere Würdigung finden, das Renommé des Specialisten nicht mehren werden. LEFFERTS.

27) **E. Baumgarten** (Pest). **Rhinitis und Rhinopharyngitis fibrinosa.** *Wiener med. Wochenschr. No. 52. 1889.*

B. berichtet über 2 Fälle dieser Art. Einmal entstanden im Nasenrachenraum grosse, sulzige, fibrinöse, leicht ablösbare Massen und in der Nase kleinere, membranöse Auflagerungen ähnlicher Art infolge galvanokaustischer Aetzungen im Cavum pharyngo-nasale. Heilung in 2 Tagen unter Jodglycerinpinselung. Im 2. Falle kam es spontan ebenfalls unter Fieber zur Bildung kleiner, fibrinöser (papillärer) Auflagerungen auf der Schleimhaut der ganzen Nasenhöhle. Die Exsudation dauerte eine Woche. CHIARI.

28) **Fénykövy** (Wien). **Coryza spasmodica.** *Internat. klin. Rundschau. No. 47. 1889.*

Ein 22jähriges, kräftiges Mädchen, welches keinerlei nervöse Erscheinungen zeigte, vor 7 Jahren aber an Intermittens gelitten hatte, wird seit dieser Zeit durch täglich früh und Abends auftretende Niesekrämpfe sehr belästigt. Chinin. sulfur. und Kalium bromatum beseitigten die Anfälle ganz; nach Weglassung dieser Medication traten die Anfälle viel seltener, aber doch noch auf.

CHIARI.

29) **Moure. Die atrophische Coryza. [Ozaena, Stinknase.] (Du Coryza atrophique.) [Ozène, Punaisie.]** Vorlesung, mitgetheilt von M. E. Peyrissac. *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 46, 47, 48. 1889.*

Der Verf. unterzieht die verschiedenen Anschauungen, die über die Pathogenese der atrophischen Coryza herrschen, einer eingehenden Betrachtung. Er bespricht die Symptome, den Verlauf, die Diagnose, Prognose und die Behandlung der Krankheit.

E. J. MOURE.

30) **M. Berliner** (Breslau). **Ueber Ozaena, ihre Behandlung und Prophylaxe.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1889.*

Wir verstehen jetzt unter Ozaena eine klinisch und anatomisch wohl charakterisirte Nasenaffection, einen atrophirenden Catarrh der Schleimhaut, dessen Ursache zunächst noch dunkel ist. Verf. sieht in einem immer wiederkehrenden, allerdings schon bekannten, aber nicht hinreichend gewürdigten Befund die Ursache für die Besonderheit dieses Catarrhs, in der Anlagerung der mittleren Muschel an das Septum. Dadurch wird der Abfluss des Secrets gehemmt, das nun stagnirt und in Fäulniss übergeht; ferner werden die Drüsen dieser Gegenden durch den Druck atrophisch. Die Consistenz der mittleren Muschel ist ungewöhnlich fest. Trotz der Schrumpfung auch der mittleren Muschel bleibt sie zunächst dem Septum anliegen. Entfernt sie sich von demselben, so ist bei noch genügendem Bestand secretbildender Elemente Heilung möglich. Das Hauptstreben muss demnach darauf gerichtet sein, den Contact zwischen mittlerer Muschel und Septum aufzuheben. Das kann man erreichen 1. durch einmalige gewaltsame Abknickung, dieselbe ist nicht leicht und nur bei Kindern zu empfehlen; 2. durch Einlegen von zunächst sehr dünnen Streifen von Laminaria oder Tupelomaterial. Vor Galvanokaustik ist zu warnen, da durch dieselbe Drüsen und Gefässe. auf deren Erhaltung Alles ankommt, zerstört werden. Prophylactisch fordert Verf. Berücksichtigung des chronischen Catarrhs des Kindes und Belehrung des indifferenten Publikums durch die Aerzte.

LANDGRAF.

31) **Schuchardt** (Stettin). **Ueber das Wesen der Ozaena.** *Archiv f. klin. Chirurgie. XXXIX. 1. 1889.*

Bei einer Anzahl von Fällen mit Ozaena wurden Partikelchen aus den höchsten erreichbaren Theilen der Nasenschleimhaut entnommen. In dem an den stinkenden gelben Schorfen haftenden Schleime fanden sich ausser unzähligen Mikroorganismen zahlreiche Plattenepithelien und ausserdem Zellen von etwa der halben Grösse der Plattenepithelien, welche vielleicht als Uebergangsformen zwischen Cylinder- und Plattenepithel aufzufassen sind. An Schleimhautstückchen fanden sich keine Drüsen mehr und ein Ueberzug von 10—12fach geschichteten glatten Zellen, deren oberste Lage aus verhorntem Plattenepithel bestand. Sch. betrachtet demnach als die anatomische Grundlage der Ozaena einen, in den meisten Fällen erst auf langwierige catarrhalische Zustände zurückzuführenden narbigen Schwund der Nasenschleimhaut mit Hornepithelmetamorphose.

SEIFERT.

32) **J. D. Die Reflexneurosen nasalen Ursprungs. (Les Névropathies Reflexes d'Origine nasale.)** *La Presse Méd. Belge. No. 26 und 27. 1889.*

Sehr gute und eingehende Studie über das den Lesern des Centralblattes hinlänglich geläufige Thema von den Reflexneurosen. BAYER.

33) **Réthi** (Wien). **Neurosen, entstanden durch Behandlung des Naseninneren.** *Internat. klin. Rundschau. No. 51 und 52. 1889.*

Zunächst beschreibt R. 2 Fälle von Verlegung der Nase durch Schleimhautschwellung an den Muscheln und der Scheidewand, die durch Aetzungen und Schlingenschnürer geheilt wurden, so dass d'e Nase wieder ganz wegsam wurde. Doch stellten sich einige Wochen nach der letzten Operation Niesanfälle resp. Schwindel ein, welche sich oft wiederholten und erst durch galvanokaustische Excision dicker, strahliger Narben, die sich infolge der früheren Operation gebildet hatten, dauernd beseitigt wurden. In einem ähnlichen Falle, wo sich Laryngospasmus eingestellt hatte, mussten auch die feineren Narben angefrischt werden, um Heilung zu erzielen, während in 2 weiteren Fällen die künstlich erzeugte Neurose (Schwindel und Supraorbitalneuralgie) überhaupt nicht beseitigt werden konnte. R. führt die Störungen auf Zerrung von Nervenenden oder Störung des Blutkreislaufes durch die Narbe zurück und räth daher, sehr darauf zu achten, dass nach den Aetzungen keine dicken, strahligen Narben entstehen, was man durch Vorsicht bei der Aetzung und durch öftere Lapisätzung nach derselben verhindern kann. Jedenfalls lehren diese Erfahrungen, dass man nicht zu schnell und nicht zu eingreifend die Nasenschleimhaut ätzen soll.

CHIARI.

34) **Aronsohn. Klinisch erzeugtes Asthma beim Menschen.** *Deutsche medicin. Wochenschr. No. 17. 1889.*

Bei einem 35jährigen Prediger, der früher nie an Asthma gelitten, traten nach galvanokaustischer Aetzung eines fibrösen Polypen der mittleren Muschel asthmatische Anfälle auf, welche nach völliger Entfernung des Polypen verschwanden. Schluss: krankhafte Erregungszustände der Endausbreitungen des Trigeminus und Olfactorius können bei vorhandener Disposition pathologische Reflexe auslösen. LANDGRAF.

35) **J. de Havilland Hall** (London). **Heufieber und Heuasthma. (Hay Fever and Hay Asthma.)** *Lancet. 15. Juni. 1889.*

Die Abhandlung giebt kurz eine Uebersicht über den Stand der Frage mit besonderer Hervorhebung der Behandlungsweise, die die einzelnen Autoren wählten. Sie enthält nichts von besonderem Interesse.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

36) **Bloch** (Freiburg). **Die sogenannte nasale Form des Bronchialasthma.** *Samml. klin. Vortr. Volkmann's. No. 344. 1889.*

Interessante Besprechung der im Titel angegebenen Krankheitsformen, an deren Schluss Verf. sich über die Pathogenese derselben wie folgt ausspricht: Zuerst sind die mechanischen Störungen vorhanden, welche allmälig unter der nothwendigen Mitwirkung einer allgemeinen oder partiellen neurasthenischen Ver-

änderung des Nervensystems (Rossbach) die Bahnen für die erleichterte Auslösung des Krampfanfalles ebenen und es dahin bringen, dass schliesslich eine ganze Menge Reize von allen möglichen Nervengebieten aus in diese breitgetretenen Bahnen ausläuft und den klassischen Asthmaanfall erzeugt. Für die Therapie ergiebt sich vor Allem die Nothwendigkeit, den Luftweg durch die Nase frei zu machen, dann aber auch die, den ganzen Organismus, insbsondere das Nervensystem zu kräftigen.

SEIFERT.

36a) **Zipp. Beitrag zur Therapie des Asthmas.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 20. 1889.*

Zipp sah guten Erfolg von der Erweiterung des Raumes zwischen unterer Muschel und Septum durch Einführung der von Hegar zur Erweiterung des Cervix angegebenen Bougies.

LANDGRAF.

37) **James B. Ball** (London). **Intranasale Erkrankung und Asthma. (Intra-nosal disease and asthma.)** *The practitioner. Juni 1889.*

B. hält dafür, dass eine nasale Erkrankung in einem grossen Theile der Asthmafälle besteht und auch ermittelt werden kann; er giebt eine interessante Zusammenstellung der neuen Literatur über diese Frage.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

38) **J. N. Mackenzie** (Baltimore). **Eine bisher nicht beschriebene Neurose des Hörapparates in enger Verbindung mit sympathetischer Coryza. (A hitherto undescribed neurosis of the aural apparatus closely allied to coryza sympathetica.)** *Intern. Journ. of the Med. Sciences. Febr. 1889.*

Eine Dame litt jeden Juni (manchmal auch im Juli, August, September) an einer Schwellung der den Meatus auditorius externus umgrenzenden Haut. Dieselbe scheint täglich von Neuem aufgetreten und von einem Ausfluss begleitet worden zu sein. Zur selben Zeit bestand eine Congestion in der entsprechenden Seite des Nasenrachenraums. Obgleich diese Erscheinungen jeden Sommer 22 Jahre hindurch bis zum letzten Jahre wiederkehrten, blieben sie im diesjährigen Sommer aus; diesen Sommer brachte die Dame in einem heufieberfreien Orte zu.

P. M'BRIDE.

39) **M. Thorner. Ein Fall von dauerndem Ohrensausen, geheilt durch Aufhebung der Nasenverstopfung. (A case of persistent Tinnitus aurium, relieved by the removal of a nasal obstruction.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 18. Mai 1889.*

Der Patient, der als Knabe einen Schlag von einem Pferde in's Gesicht bekommen hatte, litt sehr viel an Ohrensausen. Das rechte Nasenloch fand sich vollständig verschlossen durch eine diaphragmaähnliche Membran und eine Deviation des Septums. Die Membran wurde excidirt und das Septum gerade gerichtet; die Linderung der Beschwerden des Patienten war eine erhebliche.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **Ziem. Intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 38. 1889.*

Publication von 7 Krankengeschichten, aus denen Verf. folgende Schlüsse

zieht: 1. Das constanteste, allen Fällen gemeinsame Symptom ist Einschränkung des Gesichtsfeldes resp. Vergrösserung desselben bei Behandlung des Nasenleidens. 2. In 4 Fällen ist auch die Sehschärfe eine grössere geworden. 3. Vergrösserung der Accommodationsbreite ist in 3 Fällen beobachtet. 4. Veränderung der Refraction war 2mal nachweisbar. 5. Objective Spannungserhöhung war nie vorhanden. 6. Mit Ausnahme eines Falles bestand venöse Hyperämie der Papille im Anfang der Behandlung.

Die Kranken waren weder neurasthenisch, noch hysterisch. Ein sogenannter reflectorischer Einfluss seitens der angeschwollenen Nasenschleimhaut ist nicht zu erkennen. Es beruhen die Erscheinungen vielmehr auf Veränderungen der Circulation, Stauungen von den Venen der Nase und Kieferhöhlen nach den Venen der Orbita und des Bulbus und dadurch bedingter Anschoppung des Ciliarkörpers, der zur Regulirung des Blutgehaltes des inneren Auges dient.

LANDGRAF.

41) **von Stein. Ueber die Häufigkeit gewisser Herzneurosen im Zusammenhang mit Nasenleiden.** *Monatsschrift für Ohrenheilk. etc. No. 9 und 10. 1889.*

Der erste Theil des Aufsatzes behandelt die bekannten, bisher beobachteten Schädlichkeiten, welche durch Nasenkrankheiten auf einzelne Organe und den Gesammtorganismus ausgeübt werden. Im zweiten Theile bespricht Stein die speciellen Herzaffectionen, welche durch Nasenleiden bedingt werden. Seiner Erfahrung nach sind am häufigsten: 1. Herzbeklemmungen am Morgen. 2. Schweiss in der Herzgegend mit Gefühl von Luftmangel, 3. Herzklopfen sowohl in der Ruhe, als nach Bewegung oder beim Einschlafen oder combinirt mit verschiedenen unangenehmen Gefühlen, 4. Stechen in der Herzgegend, wieder combinirt mit verschiedenen Begleiterscheinungen, 5. Herzklopfen und dann Stechen, ferner Luftmangel und Stechen, 6. heftiger Schmerz in der Herzgegend. 7. Stechen und Zusammenziehen nebst Angstgefühl. Ein Gefühl von Schwere, Zusammenziehen und Angst fand Verf. häufig bei ausgeprägter Hyperplasie der unteren Muscheln, mit vollständiger oder zeitweiliger Verstopfung der Nase; Herzklopfen fand er besonders bei vorübergehender Gefässinjection des Auges und der Nasenspitze. Verf. will auch beobachtet haben, dass die Patienten mit Muschelhypertrophie nicht selten dumpfe Herztöne und schwach gefüllten Puls zeigen und dass die Töne nach dem Cocainisiren deutlicher werden. Gegen die Herzneurosen ist das Cauterisiren das beste Mittel.

SCHECH.

42) **Barbier. Die Hypertrophie der Schleimhaut der Nasenmuscheln. [Diffuses Myxangiom der Nasenmuschelschleimhaut.] (De l'hypertrophie de la muqueuse des cornets du nez.) [Myxangiome diffus de la muqueuse des cornets.]** *Thèse de Lyon. 1889.*

Verf. bespricht die Symptome dieser Krankheit, ihre pathologische Anatomie und ihre Behandlung. Er schlägt die Bezeichnung „diffuses Myxangiom der Schleimhaut“ vor.

E. J. MOURE.

43) J. P. Hudnut. **Eigenartige Wirkung von Jodkali in einem Falle von syphilitischer Rhinitis. (Peculiar action of potassium jodide in a case of syphilitic rhinitis.)** *Brooklyn Med. Journ. Mai 1889.*

Die eigenartige Wirkung bestand in der Erzeugung einer subacuten Laryngitis.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

44) J. N. Mackenzie (Baltimore). **Syphilitische bindegewebige Degeneration der Nasenwege und des Pharynx. (Syphilitic fibroid degeneration of the nasal passages and pharynx.)** *Journ. of Laryngology. April 1889.*

In den Spätstadien hereditärer Syphilis kommt oft eine allmälige Ablagerung von Bindegewebe im Larynx vor, das grosse. dichte, fibroide Tumoren bildet. M. glaubt, dass ein ähnlicher Zustand in den Nasenwegen und dem Rachen vorkommt, der bisher nicht in genügender Weise gewürdigt ist. Er hält die Muschelkörper für die Theile, welche hauptsächlich von der beschriebenen Affection ergriffen werden.

Man darf diesen Zustand nicht mit gummösen Geschwülsten vergleichen; von diesen unterscheiden sie sich durch den negativen Effect einer constitutionellen Behandlung; durch die Neigung, wohlumschriebene Tumoren zu bilden; durch die Anämie der Umgebung und ihre harte, feste Consistenz.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

45) E. Chevallet. **Behandlung der Brüche des Nasenbeins mit dem Gypsverband. (Traitement des fractures du nez par l'appareil platré.)** *Thèse de Lyon 1889.* Paris, J. B. Baillière et fils.

Der Autor legt die verschiedenen Methoden und Apparate dar, die zur Behandlung des Nasenbeinbruchs in Anwendung gezogen worden sind; er empfiehlt als bequemstes und wirksamstes Mittel zur Retention der Fragmente die Gypsbinde.

E. J. MOURE.

46) Max Thorner. **Haematom der Nasenscheidewand. (Haematoma of the septum narium.)** *Philad. Med. News. 4. Mai 1889.*

Es handelt sich um eine Blutgeschwulst auf beiden Seiten des Septums, die nach einer Nasenblutung eintrat. Nach einer Incision war die Sache eine Zeit lang gut, später bildete sich, da der Patient die Wunde vernachlässigte, ein Abscess und es kam zur Perforation des Septums. Es wurde wiederholt incidirt, bis endgiltig Heilung eintrat.

LEFFERTS.

47) W. E. Casselberry. **Myxome der Nase. (Nasal Myxomata.)** *Journ. Americ. Med. Associat. 16. März 1889.*

Der häufigste Sitz ist die Fissura ethmoidalis oder Hiatus semilunaris an der äusseren Wand des mittleren Nasenganges. Der Erfolg der Behandlung beruht darauf, dass man die Geschwulst bis zu dem Punkte verfolgt, wo sie befestigt ist, und diese sogenannte Wurzel der Geschwulst gründlich cauterisirt. Polypen, die unterhalb des mittleren Ganges entspringen, sollen durch Einführung einer feinen, flach gebogenen Electrode nach oben bis zu diesem Punkte verfolgt

werden; solche, die vom oberen Gange entspringen, müssen mittelst einer gebogenen, durch den Mund einzuführenden Electrode erreicht werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) **Mutch. Verletzungen der vorderen Siebbeinzellen. (Injury to anterior ethmoid cells.)** Nottingham Medico-Chirurgical Society. *Brit. Med. Journ. 18. Mai 1889.*

M. berichtet von einem Fall, wo nach einem Schlag in's Gesicht Luft von der Nase aus in die vorderen Siebbeinzellen und in das Zellgewebe um die Augen eindrang.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

49) **R. J. Morris. Die antiseptische Behandlung des Nasenrachencatarrhs. (The antiseptic treatment of naso-pharyngeal catarrh.)** *New England Monthly. 15. Juni 1889.*

Ein Spray von Wasserstoffperoxid, danach ein Cocainspray, um für eine Zeit das Blut aus den erweiterten Capillaren fortzudrängen; dann wird mit dem Pinsel eine Schicht von in Boroglycerin oder Glycerin gelöstem Alaun aufgetragen. Die Procedur wird einmal täglich vorgenommen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

50) **V. Cozzolino** (Neapel). **Geschichte und Aetiologie der Syphilis des Nasenrachenraums. (Storia ed etiologia della sifilosi naso-faringea.)** *Rivista clinica della Univ. di Naples. Mai 1889.*

Resumé einer klinischen Vorlesung.

CARDONE.

51) **J. Fred. W. Silk** (London). **Bemerkungen über die Wahl der Anästhetica bei Operationen im Nasenrachenraum. (Notes on the choice of anaesthetics in naso-pharyngeal operations.)** *Journ. of laryngology. Mai 1889.*

Die Gründe für und wider den Gebrauch von 1. Stickoxydul, 2. Aether, 3. Chloroform werden eingehend von allgemeinen wie von den speciellen Gesichtspunkten aus erörtert. Augenscheinlich ist Verf. stark gegen das Chloroform eingenommen und begünstigt ebensosehr den Aether. Manche von den Anschauungen, die er ausspricht. werden nach unserer Meinung nicht allseitige Billigung finden.

MACKENZIE-JOHNSTON.

52) **F. J. W. Silk** (London). **Ueber die Stellung und die Methoden der Anästhetisirung bei Operationen im Nasenrachenraum. (On Position and methods of anaesthetisation in naso-pharyngeal operations.)** *Journ. of laryngology. Juni 1889.*

Verf. beschreibt ausführlich die verschiedenen Methoden, die man anwenden kann, um bei dieser besonderen Classe der chirurgischen Eingriffe Anästhesie zu erzielen. Auch bespricht er die Position, die man dem Patienten am besten anweist, um die Operation zu erleichtern, ohne den Gebrauch der Anästhetica zu behindern.

MACKENZIE-JOHNSTON.

53) **Geo. H. Major. Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum. (Adenoid growths of the naso-pharynx.)** *Philad. Med. News. 22. Juni 1889.*

M. erörtert die Lagerung des Pat. bei der Operation, wie sie George Sto-

ker empfiehlt. Der Kopf des Kranken soll viel niedriger liegen, als die Schultern, so dass das Blut der Schwere nach in die Nase und durch diese ausfliesst. Auch drückt M. von Neuem seine dauernde Ueberzeugung aus, dass zwischen Enuresis nocturna und der Mundathmung Beziehungen bestehen. Diese Ansicht, die zuerst im August 1884 ausgesprochen wurde, ist seither von Dr. Ziem-Danzig und Anderen bestätigt worden. — M. erwähnte, dass er jetzt 186 Personen adenoide Vegetationen entfernt hat.

LEFFERTS.

54) **Lubet-Barbon. Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Des végétations adénoides du pharynx nasal.)** *Gaz. des hôp. 15. Juni 1889.*

Eine recht vollständige Studie über diese Frage, aber nichts Neues.

E. J. MOURE.

55) **M. C. O'Toole. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoid vegetations in the naso-pharyngeal cavities.)** *Pacific Med. Journ. Juni 1889.*

Verf. empfiehlt die Anwendung des Fingers als des besten Instrumentes zur Entfernung der Wucherungen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Joseph D. Bryant. Der Einfluss der gleichzeitigen Unterbindung beider Art. carotides externae auf Geschwülste des Nasenrachenraums. (The influence on a naso-pharyngeal growth of simultaneous ligature of the external carotids.)** *N. Y. Med. Journ. 11. Mai 1889.*

B. berichtet über einen Fall von Myxosarkom; die Diagnose ist durch mikroskopische Untersuchung gesichert; die Geschwulst sass am Proc. basilaris des Hinterhauptbeins, an der hinteren und linken Rachenwand und hatte auch das Gaumenbein und die Lamina interna des Proc. pterygoideus des Keilbeins ergriffen. B. behandelte die Geschwulst mit der Ligatur der Carotiden und nachfolgender Resection des linken Oberkiefers etc. — B. fährt nach diesen Darlegungen fort: „Es ist wichtig, darüber klar zu werden, ob es rathsam ist oder nicht, die äusseren Carotiden gleichzeitig vor der Entfernung des Oberkiefers zu unterbinden, also als präliminare Operation vor der directen Inangriffnahme der pharyngealen Geschwülste".

„Nach meiner Meinung sollte dies geschehen und zwar aus folgenden Gründen:

1. Der Blutverlust bei der präliminären Resection des Oberkiefers wird auf ein Minimum herabgesetzt.
2. Die Blutmenge, die in die Rachengeschwulst tritt, wird für eine Zeit auf ein Minimum reducirt durch die gleichzeitige Unterbindung der Gefässe, die die Gewebe, von denen die Geschwulst entspringt, hauptsächlich ernähren.
3. Die gleichzeitige Unterbindung der beiden äusseren Carotiden ist schnell und ohne Schwierigkeit auszuführen und ist nicht mit besonderer Gefahr für den Patienten verbunden.
4. Die Operationen zur Entfernung von Geschwülsten des Rachens haben eine so grosse Mortalitätsziffer wegen des unmittelbaren Blutverlustes;

darum ist ein Schritt berechtigt und anzurathen, der, ohne den Pat. neuen ungewöhnlichen Gefahren auszusetzen, den Blutverlust beschränkt."

LEFFERTS.

57) **Thomas Annandale** (Edinburgh). **Ueber die operative Entfernung von Nasenrachentumoren. (On the removal by operation of naso-pharyngeal tumours.)** *Lancet. 26. Jan. 1889.*

Es wird eine neue Operation beschrieben, die der Verf. dringend empfiehlt; zugleich giebt er die Einzelheiten dreier Fälle, in denen er dieselbe mit Erfolg ausführte. Der Gang der Operation ist folgender: 1. Die Bloslegung der vorderen Nase, ganz wie bei Ronge's Methode. 2. Die Lostrennung der knöchernen Nasenscheidewand längs ihres Ansatzes an den Kiefer. 3. Einschneiden in die weichen Theile längs der Mittellinie des harten Gaumens und dann Lossägen des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers durch den ganzen harten Gaumen. Der weiche Gaumen muss in manchen Fällen mit durchschnitten werden, in anderen nicht. 4. Die gewaltsame Trennung der beiden Theile des Kiefers und die Einführung des nöthigen Instruments zur Entfernung der Geschwulst. 5. Die Entfernung der Geschwulst mit der Zange, dem scharfen Löffel, der kalten Schlinge oder dem galvanischen Draht. 6. Die Einführung eines antiseptischen Tampons. 7. Der Kiefer wird wieder aneinandergebracht und mit Draht zusammengehalten; die weichen Theile werden durch verschiedene Pferdehaarnähte festgehalten.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

## c. Mundrachenhöhle.

58) **Schmidt** (Königsberg). **Ein Fall von autochthonem Teratom der Rachenmundhöhle.** Inaug.-Dissert. Königsberg 1889.

Bei einem neugeborenen, nicht ganz ausgetragenen Kinde wurde eine aus einem breiten Spalt des harten Gaumens bis vor die Mundöffnung hervorragende Geschwulst entfernt; das Kind starb am folgenden Tage. Die Section ergab, dass es sich um eine in das Schädelinnere hineinragende cystoide Geschwulst der Rachenmundhöhle handelte, die von Schleimhaut bedeckt, die verschiedenartigsten Gewebe des Körpers aufwies. Durch das Wachsthum des Tumors waren verschiedene Entwicklungshemmungen und Verbiegungen der Schädelknochen hervorgerufen worden, auch die pharyngeale Mündung der rechten Tuba Eustachii zeigte sich obliterirt.

SEIFERT.

59) **Leprévost. Wiederherstellung der Mundhöhle. (Restauration de la cavité buccale.)** Soc. de Chir. in: *La Tribune méd. 13. Juni 1889.*

Verf. schildert ein Verfahren, das er zur Anwendung gebracht hat.

E. J. MOURE.

60) **S. G. Campbell. Ein Fall von ständiger Fixation des Kiefers, geheilt durch eine Operation. (Case of standing fixation of the jaw, cured by operation.)** *Glasgow Med. Journ. Sept. 1889.*

Der Titel sagt genug. P. M'BRIDE.

61) **Polaillon. Ersatz der Unterlippe. (Restauration de la lèvre inférieure.)** Soc. de Chir. *Le Progrès méd. 8. Juni 1889.*

Die Operation war durch eine Gangrän der Lippe nothwendig geworden. Diese war durch eine Quetschung herbeigeführt, bei welcher gleichzeitig der Unterkiefer gebrochen war. E. J. MOURE.

62) **Vidal. Harter Schanker an der Unterlippe, wahrscheinlich in Folge mittelbarer Uebertragung. (Chancre induré de la lèvre inférieure. Contagion médiate probable.)** *Ann. de dermat. et de syphilis. 25. April 1889.*

Die Kranke, die vorher ekzematöse Verletzungen an den Lippen hatte, zog sich die Ansteckung durch ein Hörrohr zu, dessen sie sich bediente. Der junge Mann, der es sonst gebrauchte, hatte ein Lippenleiden. E. J. MOURE.

63) **Perrin. Leucoplakia buccalis. (Leucoplasie buccale.)** Congrès internat. de dermatologie et syphilographie. Paris 1889.

Vorstellung des Falles und Demonstration der histologischen Präparate. E. J. MOURE.

64) **G. Maurange** und **Ch. Faguet. Leucoplakia buccalis; Epitheliom der Wange. (Leucoplasie buccale. Epitheliome de la joue.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. 2. Juni 1889.*

Diese Beobachtung ist typisch für die Umbildung von Psoriasis der Wangenschleimhaut in ein Epitheliom unter der reizenden Einwirkung des Tabaks. E. J. MOURE.

65) **E. Besnier. Multiformer Lichen ruber planus. Lichen der Zunge und der Mundhöhle. (Lichen ruber plan multiforme. Lichen de la langue et de la cavité buccale.)** *Ann. de dermat. et de syph. 25. April 1889.*

Die Eruption nahm fast den ganzen Körper ein. Zunge und Innenfläche der Wange sind von hervorspringenden Flecken bedeckt, die silberweiss etc. sind und den Eindruck von Psoriasis buccalis machen. Verf. ist für die interne Medication mit Arsenik in genügend grossen Dosen. E. J. MOURE.

66) **Morel-Lavallée. Tuberculöse Ulcerationen des Mundes. (Ulcérations tuberculeuses de la bouche.)** *Ann. de dermat. et de syph. 25. Mai 1889.*

Die Krankheit begann 1882 unter den Symptomen einer Laryngitis; 1886 bestand eine tuberculöse Ulceration der Gaumenbögen; 1888 callöse Geschwüre von graulicher Farbe in der Höhe des Zungenrandes an den Druckstellen der Zähne. — Die Lungen blieben bis 1889 gesund. E. J. MOURE.

67) **Vidal. Lupus erythematosus des Mundes. (Lupus erythémateux de la bouche.)** *Ann. de dermat. et de syph. 25. April 1889.*

Die Affection nahm die Innenseite der linken Wange ein. Spuren von Lupus erythematosus finden sich auch auf den Backen und an der Nasenwurzel.

E. J. MOURE.

68) **Vidal. Flächenhaftes Syphilom der Mundhöhle. (Syphilome en nappe de la cavité buccale.)** *Ann. de dermat. et de syph. 25. Mai 1889.*

Die ersten Erscheinungen traten vor 9 Jahren ein. Vor 2 Jahren bestand ein Gumma im Niveau des hintersten Molarzahns und an der Lippe. Gegenwärtig ist die ganze Schleimhaut des Gaumens, der Lippe und der Gaumenbögen Sitz eines grossen, in der Fläche ausgebreiteten Syphiloms.

E. J. MOURE.

69) **Shepherd. Sublinguale Talgcyste. (Sublingual sebaceous cyst.)** *Philad. Med. News. 22. Juni 1889.*

Die Patientin, ein 19jähriges Mädchen, hatte die Geschwulst etwa 3 Jahre zuvor zuerst bemerkt. Erst in der letzten Zeit war sie rapide gewachsen und ragte jetzt stark in die Regio submaxillaris hinein, zu beträchtlicher Entstellung führend. Die Cyste wurde im Munde unterhalb der Zunge eröffnet; es bestand die Absicht, ein Drain durch die Cyste hindurch und unterhalb des Kiefers nach aussen zu führen. Als man zu diesem Zweck eine Kornzange einführte, fand man, dass die Wand der Cyste eine erhebliche Dicke hatte. Man packte deshalb den Balg durch die in der Regio submaxillaris gemachte Oeffnung und konnte ihn mit wenigen entsprechenden Messerschnitten vollständig entfernen. Die Wunde heilte schnell, in 8 Tagen war Pat. vollständig geheilt. Shepherd bezeichnet diese Art Cysten als ausserordentlich selten und als wahrscheinlich angeboren. Die Cysten haben, wie im angeführten Falle, gewöhnlich als Inhalt eine eingetrocknete talgige Masse, die wie Kitt aussieht. Sie werden oft mit Ranula verwechselt.

LEFFERTS.

70) **C. W. Richardson. Eine pathologische Veränderung an der Zungenbasis, die möglicher Weise gewisse sogenannte functionelle Erkrankungen dieses Organs erklärt. (A pathological change at the base of the tongue, possibly explaining certain so-called functional diseases of that organ.)** *Journal of the Americ. Med. Assoc. 26. Jan. 1889.*

Bei der Untersuchung der Kranken, die eine Fischgräte im Halse stecken zu haben glaubte, fanden sich an der rechten Seite der Zungenbasis kleine Fleckchen, Ekchymosen oder submucöse Blutergüsse. Die Flecken standen in weintraubenartigen Gruppen bei einander; es sah aus, als ob kleine, glühend rothe Schrotkörner unter der Schleimhaut niedergelegt waren; ohne hart zu sein, liessen sie sich doch deutlich durchfühlen. Beim Berühren mit der Sonde gab Pat. an, dass es ihr so sei, als fühlte sie die Gräte im Halse. Bei dem nächsten Besuch war die Sensation auf die linke Seite übergegangen und es fand sich daselbst derselbe Zustand, der sich dann später noch in ähnlicher Weise in der Mitte des Zungengrundes zeigte. Die zuvor gesehenen Flecke hatten an Grösse und Deutlichkeit abgenommen.

Drei Wochen später bekam Verf. einen anderen Patienten zu Gesicht, der einen ähnlichen Zustand hatte; seit 6 Monaten ein Gefühl, als ob ihm etwas im Halse stecke, was er durch Räuspern zu entfernen vermöge. Diese Sensation fand sich an verschiedenen Stellen; Schmerz oder Dysphagie bestanden nicht. In beiden Fällen waren die Symptome derart, wie sie durch Vergrösserung der Drüsen am Zungengrunde hervorgerufen werden. Ueber Aetiologie und Pathologie der Affection war eine Erklärung nicht zu haben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **E. Besnier. Eczem am Zungenrücken. Glossitis exfoliativa marginalis. (Eczème en aires de la langue. Glossite exfoliatrice marginée.)** *Ann. de dermat. et de syph. 25. April 1889.*

Eine Beobachtung dieser Affection. — Nichts Neues. E. J. MOURE.

72) **A. Ballenghien. Epitheliom der Zunge; Exstirpatio suprahyoidea mit darauffolgendem Erysipel. (Epithelioma de la langue; exstirpation par la voie sushoidienne; érysipèle consécutif.)** Soc. an. clin. de Lille in: *Journ des sc. méd. de Lille. 21. Juni 1889.*

Eine sehr detaillirte Beobachtung. — Die Kranke starb in Folge ihres Erysipels und auch, weil ihr die flüssigen Nahrungsmittel in die Athemwege gelangten. E. J. MOURE.

73) **Painter. Angeborene Missbildung des weichen Gaumens. (Congenital Malformation of the soft palate.)** *Pittsburgh Med. Review. April 1889.*

Bei einer Besichtigung des Rachens fand P., wie er erzählt, eine in ihrer Art einzige Beziehung zwischen dem oberen Theil des Pharynx und dem weichen Gaumen obwalten, von der der Patient keine Ahnung hatte. Der freie Rand des weichen Gaumens und der Musc. palato-pharyngeus waren beiderseits nach hinten gezogen und mit der hinteren Wand des Rachens verwachsen, so dass ein Diaphragma zwischen oberem und mittlerem Theil des Pharynx gebildet war. In dieser trennenden Membran waren 2 etwa kreisförmige Oeffnungen, die eine $^1/_2$, die andere $^1/_8$ Zoll im Durchmesser. Die Oeffnungen stehen beide in der Mittellinie. Das Zäpfchen ist nicht zu unterscheiden. Der Pat. weiss keinen Grund für diese Abweichung vom normalen Bau anzugeben und wusste überhaupt nicht, dass irgend eine Unregelmässigkeit bestand. (Vielleicht Folge tertiärer syphilitischer Ulceration? Der Ref.) LEFFERTS.

74) **Sénac-Lagrange. Die Erkennung der verschiedenen Arten von Angina. (De la notion d'espèces dans les angines.)** *Ann. des mal. de l'oreille. Juni 1889.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die charakteristischen Symptome, die sich bei den verschiedenen Formen von Angina finden. Nach ihm ist die Diagnose der Form zu gründen auf die Würdigung des Allgemeinzustandes und auf die physiologischen und pathologischen Zeichen, die die Untersuchung der Organe bietet; sie ist bisweilen abzuleiten aus einer constitutionellen Krankheitsursache und wird durch einen bestimmten Gang der Krankheit und durch den Erfolg gewisser Medicationen gesichert. E. J. MOURE.

75) **James Goodhart** und **Arbuthnot Lane** (London). **Lupus der Wange, des weichen Gaumens, des harten Gaumens und der Mandeln. Cauterisation und Heilung. (Lupus of cheek, soft palate, hard palate and tonsils; cauterisation; recovery.)** *Lancet. 20. April 1889.*

Die Pat., eine 26jährige Frau, zeigte eine starke Anhäufung von Granulationen an den hinteren zwei Dritteln des harten Gaumens, an der gesammten vorderen Fläche des weichen Gaumens und der Uvula, an der inneren Seite beider Tonsillen und Gaumenbögen und auch an der Innenfläche der rechten Wange. Für Syphilis oder Skrophulose ergab die Anamnese gar keinen Anhalt. Locale Applicationen hatten sich bisher vergeblich erwiesen. Es wurde zweimal der Thermocauter angewandt und damit völlige Heilung erzielt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

76) **K. M'Leod** (Calcutta). **Fibromyxom des weichen Gaumens und der rechten Schlundseite; Entfernung durch Incision von aussen und Enucleation. — Heilung. — Bemerkungen. (Fibromyxoma of soft palate and right fauces; removal by external incision and enucleation; recovery; remarks.)** *Lancet. 13. April 1889.*

Ein 21jähriger Schreiber wurde in das Krankenhaus aufgenommen mit einem Tumor des weichen Gaumens und der rechten Seite des Schlundes. Er hatte denselben 10 Monate vorher zuerst bemerkt und die Geschwulst war in den letzten 3 Monaten schnell gewachsen. Sie verursachte grosse Beschwerden beim Sprechen, Athmen und Schlucken.

Operation: Ein bogenförmiger Schnitt wurde hinter dem Kieferwinkel geführt, ein zweiter nach unten und auswärts von der Convexität desselben. Die oberflächliche Fascie wurde durchschnitten, das Ligamentum stylo-maxillare mit einem geknöpften Messer durchtrennt. Unter Vordrängen des Fingers nach oben und innen längs des Musc. pterygoideus internus wird die Geschwulst gefasst und enucleirt; die Wunde wird mit dem Messer erweitert und die Geschwulst mit Hülfe zweier Lithotomiehebel extrahirt. Das übrige Vorgehen gestaltete sich einfach. Die Geschwulst war glatt, abgeflacht-ovoid von Gestalt und kleinorangengross; sie war bedeckt von einer deutlichen Kapsel.

Der Krankheitsverlauf war ein günstiger; die displacirte Uvula und Tonsille kehrten an ihre normale Lage zurück und der Pat. konnte wieder so gut essen, reden und athmen, wie nur je.

Der Verf. erwähnt schliesslich noch einige Publicationen über andere Geschwülste in ähnlicher Lage.

MACKENZIE-JOHNSTON.

77) **Wales L. Cary. Ein Fall von Epitheliom des weichen Gaumens. (A case of epithelioma of the soft palate.)** *N. Y. Medical Record. 13. April 1889.*

Der Fall selbst bietet nichts von Bedeutung. Zur Demonstration der beim Pat. gefundenen Verhältnisse benutzte C. ein „Neues Mund-Speculum". Dasselbe ist in 4 verschiedenen Grössen gefertigt und besteht aus verschieden geformten Cylindern, die so arrangirt sind, dass der Pat. selbst das Speculum zu öffnen und dem Untersucher eine deutlichere Betrachtung zu ermöglichen vermag.

LEFFERTS.

78) F. Treves (London). **Chirurgische Fälle. Fall 2: Entfernung eines Sarcoms des Processus pterygoideus durch den Mund. (Surgical cases. Case 2: Removal of a sarcoma of the pterygoid plate through the mouth.)** *Lancet. 6. April 1889.*

Es wurde eine Frau mit einem Sarkom, das die linke Hälfte des weichen Gaumens nach vorn drängte, in das London Hospital aufgenommen. Die Geschwulst hatte etwa die Grösse eines Hühnereies, war fest, elastisch, von einer deutlichen Kapsel umgeben.

Der Gang der Operation war folgender: Zuerst wurde ein Catgutfaden am Halse um die Carotis communis geführt, damit man die Blutung beherrschen könne. Sodann wurde die Tracheotomie ausgeführt und der Kehlkopf verstopft. Drittens wurde ein schräger Einschnitt über den weichen Gaumen geführt. Viertens mit dem Elevatorium die Geschwulst herausgehoben und fünftens die dadurch entstehende Höhle mit Leinwand austamponirt. Der Tampon wurde am 3. Tage entfernt; der Patient machte eine ungestörte Genesung durch.

MACKENZIE-JOHNSTON.

79) J. Williams. **Ein Stück von einem Messer aus dem Gaumenbogen entfernt. (Piece of knife taken from the palatine arch.)** *Medical Brief. April 1889.*

4 Jahre zuvor war Pat. mit einem Messer gestochen worden, die Klinge desselben war am äusseren Augenwinkel abgebrochen. — Es hatten an dieser Stelle nie irgend welche Symptome bestanden; später aber fühlte Pat. etwas scharfes in seinem Munde, er hielt dies für einen Zahn und wünschte seine Entfernung.

W. extrahirte mit der Zange ein Stück Messerklinge von $1^3/_4$ Zoll Länge und $^1/_2$ Zoll Breite; dasselbe ragte aus dem Gaumendache in der Mittellinie etwa $^1/_4$ Zoll hervor.

W. S. SWIFT (LEFFERTS).

80) J. Dudley Morgan. **Ein Fall von acuter ödematöser Entzündung der Uvula. (Acute oedematous uvulutis with case.)** *N. Y. Med. Record. 22. Juni 1889.*

In dem betreffenden Falle vermochten Punction und Scarification keine Besserung herbeizuführen; allein das Bestreichen der Uvula mit einer 15proc. Cocainlösung brachte schnell das Oedem zum Schwinden. Der Autor sagt: „Ich versuchte das Cocain bei dieser Affection, weil ich daran dachte, wie leicht dies Mittel die turgescirte Schleimhaut bei acuten Affectionen der Nasenwege zum Abschwellen zu bringen vermag. Zur Erklärung dieses schnellen localisirten Oedems und seines nicht minder schnellen und dauernden Verschwindens müssen wir nach meiner Meinung an die vasomotorischen Nerven denken, deren Zustand ein sehr gestörter sein muss. Die Uvula steht in directer Verbindung mit dem Magen durch den Sympathicus. Der nervöse Ursprung der Krankheit ist auf verschiedenem Wege zu verstehen. Der directeste und am leichtesten verständliche Weg ist der durch die Verbindungsäste des Vagus, der mit den Fäden vom oberen Halsganglion in Verbindung steht; Aeste von diesem Ganglion bilden ein Geflecht um die A. carotis externa und vertheilen sich auf die Aeste derselben. Ich sehe in dem angeführten Falle eine Reflexerscheinung, die durch den Sympathicus vermittelt wird, sich in ihrer Erscheinung localisirt und vom Magen aus ausgelöst wird". — Der rapide Verlauf, den die Krankheit nahm, zeigt 1., dass

der Magen reflectorisch und ganz acut auf die oberen Luftwege einzuwirken vermag; 2. dass, wenn man dem Magen nur Ruhe lässt und für eine Depletion local wie im Allgemeinen Sorge trägt, wir dann die Krankheit so schnell wieder zu bannen vermögen, wie sie acut aufgetreten ist. LEFFERTS.

81) **E. P. Lewis. Gefährliche Blutung nach der Tonsillotomie. (Dangerous hemorrhage following tonsillotomy.)** *Journ. of Ophthalmology, Otology and Laryngology. N. Y. April 1889.*

Bericht über einen Fall. Bei der Tonsillotomie soll in Rechnung gezogen werden: 1. Der Gesundheitszustand des Patienten. 2. Ein ungewöhnlicher Grad von Consistenz der Mandeln. 3. Der mögliche Effect des Cocain als Anästheticum. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **Stchastny. Ueber die Bildung der Riesenzellen und ihre Ausbreitung bei Tuberculose der Mandeln und des Kehldeckels. (Sur la formation des cellules géantes et sur leur propagation dans la tuberculose de l'amygdale et de l'epiglotte.)** *Ann. de l'Institut Pasteur. 25. Mai 1889.*

Die Riesenzellen entstehen durch Vereinigung zweier oder mehrerer Zellen ohne merkliche Veränderung ihrer Kerne. Die amöboiden Makrophagen verschmelzen mit einander und bilden mehr oder weniger grosse Zellmassen. Der Kampf zwischen den Phagocyten und den Riesenzellen auf der einen und den Tuberkelbacillen auf der anderen Seite endigt mit dem Untergang der ersteren.

E. J. MOURE.

83) **A. F. Plicque. Kritische Betrachtung über die Behandlung maligner Geschwülste der Mandel und der Gegend um die Tonsillen. (Étude critique sur le traitement des tumeurs malignes de l'amygdale et de la région périamygdalienne.)** *Ann. des mal. de l'oreille. April 1889.*

Der Verf. führt die Affectionen auf, mit denen man diese Tumoren verwechseln könnte. Er betont dann die Mittel, mit denen man die Aseptik des Mundes erreichen kann. Die präventive Tracheotomie wirkt oft sehr günstig. Die Abtragung vom Munde aus wird für die oberflächlichen Cancroide reservirt bleiben. Es folgen die Vorsichtsmassregeln, die dabei einzuhalten sind, die Technik der Operation und ihre Gefahren. — Die palliative Behandlung besteht in der Bekämpfung der Symptome. E. J. MOURE.

84) **C. Hischmann. Ein vereitertes Gumma des Rachens, geheilt durch die spezifische Behandlung. (Une gomme du pharynx suppurée, guerie par le traitement spécifique.)** *Ann. des mal. de l'oreille. Juni 1889.*

Die Affection war unter dem Bilde einer schweren Angina mit allgemeinen und schweren localen Erscheinungen aufgetreten. Der Tumor zeigte sich erst später und entwickelte sich ganz unmerklich. E. J. MOURE.

85) **K. M'Leod (Calcutta). Ein Fall von Fibrom des Rachens. (A case of fibroma of pharynx.)** *Lancet. 23. März 1889.*

Der Pat., ein Hindu von 35 Jahren, litt an grosser Schwierigkeit beim Athmen und Schlucken in Folge eines Tumors, der nahezu den ganzen Pharynx

ausfüllte. Nachdem die vorbereitende Tracheotomie unterhalb des Ringknorpels ausgeführt war, schnitt man von der Seite des Halses her auf den Pharynx zu ein. Man fand die glatte kugelförmige Geschwulst, die etwa die Grösse einer kleinen Orange hatte und mit breitem Stiele in der linken Plica ary-epiglottica festsass. Eine Schlinge ward um den Stiel herumgeführt und so der Tumor mit leichter Mühe entfernt. Der Pat. schien auf dem Wege zur völligen Genesung zu sein, als unglücklicher Weise in Folge einer Nachblutung nach einem heftigen Hustenstoss am 4. Tage der Tod erfolgte. MACKENZIE-JOHNSTON.

## d. Diphtheritis und Croup.

86) **Henoch. Ueber Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. 1889.*

H. sondert, wie aus früheren Publicationen bekannt, die genuine Diphtherie von der nekrotisirenden Pharyngitis bei Scarlatina; er stellt ferner fest, dass recht häufig Anginen vorkommen, bei denen man selbst bis über den 3. Tag hinaus in Zweifel sein könne, ob man sie zur Diphtherie zählen solle. Nach Ausschluss auch dieser Fälle stehen ihm aus dem letzten Viertel 1886 und 1887 192 Fälle zu Gebote, von denen sich 110 im Pharynx localisirten, während 82 in Croup übergingen. Von den 110 Fällen starben 32. Von den 82 andern wurden 12 nicht operirt, weil Contraindicationen bestanden, sie starben alle, in 70 Fällen wurde die Tracheotomie gemacht. Geheilt wurden davon nur 9 = 13 pCt. Auch von 341 früheren Tracheotomirten haben nur 15 pCt. geheilt werden können. Von anderer Seite werden 25—30 pCt., ja 42 pCt. Heilungen berichtet. Von Gründen für dies ungünstige Resultat führt H. zuerst an das schlechte Krankenmaterial der Charité. Die Sectionen ergaben in beinahe der Hälfte der Fälle constitutionelle Erkrankungen, Tuberculose, Rachitis. Ferner wird auf H.'s Klinik kein Unterschied gemacht nach dem Alter, trotzdem ja bekannt ist, dass die Chancen in den ersten Jahren sehr ungünstig sind. Auch die localen Verhältnisse kommen in Betracht; jetzt, nach Eröffnung des neuen Kinderpavillons sind auch die Resultate besser. Der Hauptgrund aber liegt darin, dass man andererseits Diphtherie mit idiopathischem Croup zusammenwirft. Von wegen idiopathischen Croups tracheotomirten 36 Kindern sind auch 24 durchgekommen.

H. macht dann noch einige Bemerkungen über einzelne Symptome. Fieber kann ganz fehlen. Es ist häufig bei der gewöhnlichen Angina stärker, als bei Diphtherie. Auch bei anderen Infectionskrankheiten, purulenter Meningitis, Pneumonie hat H. Fälle bei kleinen Kindern fieberlos verlaufen sehen. Die Drüsenschwellungen gehen bei Diphtherie selten in Suppuration über, während dies bei Scharlach häufig vorkommt.

Die Ausdehnung der Beläge auf den harten Gaumen sind schon ungünstig, noch schlimmer Uebergang auf Wangen, Zunge und Lippen. Prognostisch schlimm sind auch die Fälle, die an den Lippen, Genitalien oder am Anus beginnen. Betheiligung der Nase fürchtet H. nicht so. Nephritis als Nachkrankheit ist selten. Auch Gelenkschwellungen hat H. nur selten gesehen. Croupsymptome

sind immer bedenklich. Von Paralysen wurden 1 Mal beide Abducentes bulbi befallen und gleichzeitig bestand Aphonie.

Die therapeutischen Bemerkungen enthalten nichts wesentlich Neues. Die von Engelmann empfohlene Essigsäure schien H. empfehlenswerth.

LANDGRAF.

87) **Edgar G. Barnes** (Eye). **Ueber die Aetiologie der Diphtheritis. (An Adress on the Etiology of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 28. Juli 1889.*

B. erörtert in diesem Vortrage den infectiösen Ursprung der Diphtheritis, ihre geographische Vertheilung, den Einfluss des Bodens, den Charakter verschiedener Epidemien u. s. w.

A. E. GARROD.

88) **S. Mitchell Prudden** (New-York). **Zur Aetiologie der Diphtheritis. (On the Etiology of Diphtheria.)** *Internat. Journ. of the Medical Sciences. April u. Mai 1889.*

Die Abhandlung giebt die bakteriologischen Untersuchungen des Verf. wieder; es ist unmöglich, den Inhalt derselben in einem kurzen Referate zu reproduciren. Im folgenden einige der bemerkenswerthen Punkte, die die Abhandlung enthält:

1. Der constanteste Mikroorganismus, der in diphtheritischen Geweben zu finden ist, ist ein Streptococcus; derselbe ist augenscheinlich identisch mit dem Streptococcus pyogenes und dem Streptococcus des Erysipels.
2. Der Dampf von brennendem Schwefel ist ein ganz unwirksames Mittel zur Zerstörung des Streptococcus der Diphtherie, während starke Lösungen von Creolin oder Carbolsäure dazu geeignet sind; vergleichsweise schwache Lösungen von Sublimat erweisen sich andererseits als schnell verderblich für den Streptococcus.

P. M'BRIDE.

89) **J. Mitchell Prudden** und **P. J. Northrup. Untersuchungen über die Aetiologie der die Diphtherie bei Kindern complicirenden Pneumonie. (Studies on the etiology of the pneumonia complicating diphtheria in children.)** *Internat. Journ. of the Medical Sciences. Juni 1889.*

Die sorgfältige bakteriologische Untersuchung deutet auf einen Streptococcus als den ursächlichen Factor für die Bronchopneumonie hin, die so oft die Diphtherie complicirt. Man lese die Arbeit im Original, sie eignet sich nicht für ein kurzes Referat.

P. M'BRIDE.

90) **Höber** (Homburg). **Giebt es zwei specifisch verschiedene Formen von Diphtheritis.** *Der pract. Arzt. No. 12. 1889.*

H. plaidirt dafür, dass zwei Arten von Diphtherie angenommen werden, welche, wenn auch verwandt, doch nicht blos verschiedene Grade derselben Krankheit darstellen. Die eine derselben nennt er die locale, die zweite die allgemeine Form, beide unterscheiden sich durch ihre Incubationszeit, durch ihren Verlauf, ihre Complicationen und ihre Contagiosität.

Die locale Form zeigt eine kurze (2—3tägige), die allgemeine eine lange (13tägige) Incubationszeit. Beim Verlaufe würde als wesentlich unterscheidendes Merkmal ein von Anfang an hohes Fieber für die locale Form sprechen, wäh-

rend die schweren Fälle von Allgemeininfection häufig von Anfang ohne oder mit geringem Fieber, dagegen oft mit heftigem Erbrechen verlaufen. Die diphtheritische Lähmung würde nur der zweiten Form zukommen. Die Therapie würde noch mehr Gewicht als bisher auf die innere Medication zu legen haben. H. gehört zu Jenen, die mit Entschiedenheit für die Existenz eines genuinen Croups eintreten. SEIFERT.

91) **Zarniko** (Gumbinnen). **Zur Kenntniss des Diphtheriebacillus.** *Centralbl. für Bacteriol. u. Parasitenkunde. No. 6. 1889.*

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Morphologie und Biologie des Diphtheriebacillus und Untersuchungen über die Frage, ob derselbe constant in Fällen epidemischer Diphtheritis gefunden wird. Die Untersuchungen wurden in dem bakteriologischen Laboratorium der Kieler medicinischen Klinik ausgeführt und beziehen sich auf 20 Fälle, in welchen 18 Mal durch die Cultur der Diphtheriebacillus nachgewiesen wurde. SEIFERT.

92) **Hutinel** (Paris). **Bacteriologisches über die Diphtherie. (Bactériologie de la diphthéria.)** *Le Practicien. 12. August 1889.*

In einem Vortrag über diese Frage gelangt H. zu dem Schluss, dass der Bacillus von Klebs, Roux und Yersin der Diphtheritiskeim und dass diese zuerst eine reine Localaffection ist. E. J. MOURE.

93) **Veil. Beobachtung eines Falles von Ansteckung bei Diphtherie durch Vermittelung eines Individuums, das selbst nicht erkrankte. (Observation d'un cas de dipthérie causée par l'intermédiaire d'un individu indemne.)** *France méd. No. 88. 30. Juli 1889.*

Der Arzt, der andere Diphtheritis-Kranke hatte, soll die Krankheit auf einen Pneumoniker übertragen haben, den er behandelte. E. J. MOURE.

94) **H. J. Ivins. Ein Fall zur Illustration der Identität von Croup und Diphtherie. (A case apparently illustrating the identity of croup and diphtheria.)** *Journ. of Ophth., Otol. and Laryngology. N. Y. April 1889.*

Es ist die Geschichte eines Falles von pseudomembranöser Laryngitis, wo während des ganzen Verlaufs der Krankheit nirgends eine Membran entdeckt wurde, als im Larynx. Ohne dass eine andere Möglichkeit der Ansteckung zu ermitteln war, als die von dem Patienten aus, starben ein Bruder und eine Schwester des Kranken, beide nach Entwicklung einer deutlich ausgebildeten Membran im Rachen und muthmasslich auch im Kehlkopfe.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

95) **Leitartikel der Lancet** (London). **Croup oder Diphtheritis? (Croup or diphtheria?)** *Lancet. 24. August 1889.*

In einem Leitartikel, der sich mit Dr. Bruce Low's „Bericht an das Gesundheitsamt über die Diphtheritis im Halstead-District" beschäftigt, betont der Verf. die Schwierigkeiten, die es machte, die Spur der Krankheit zu verfolgen

bei den verschiedenen Nomenclaturen, die dafür gebraucht werden, und bei der mangelnden Sicherheit, die Krankheit in ihren milderen Formen zu erkennen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

96) **Goldschmidt** (Nürnberg). **Diphtherie und Croup.** *Centralbl. f. klin. Medicin. No. 48. 1889.*

Auf Grund seiner im Nürnberger Kinderspitale gemachten Erfahrungen spricht sich G. dahin aus, dass die im Verlaufe einer Diphtheritisepidemie auftretenden Fälle von scheinbarem idiopathischem Croup auf Diphtherie beruhen, bei welchen es sich nur um eine verschiedene Virulenz des betreffenden Krankheitserregers handelt. Solche Fälle von scheinbarem idiopathischem Croup bieten der Tracheotomie viel günstigere Chancen, als die durch Rachendiphtherie complicirten. Dabei bestreitet der Verf. nicht die Möglichkeit des Vorkommens von sogenanntem idiopathischem Croup.

SEIFERT.

97) **Charles W. Earle** (Chicago). **Entstehen und Verlauf der Diphtherie in Chicago. (The Rise and progress of diphtheria in Chicago.)** *Arch. of Pediatrics. April 1889.*

**Charles W. Earle** (Chicago). **Die Contagiosität der Diphtherie und ihre städtische Ueberwachung. (The contagiousness of diphtheria and its municipal control.)** *Archives of pediatrics. Mai 1889.*

Die erstgenannte Schrift giebt einen statistischen Nachweis der Mortalität an Diphtheritis in den Jahren 1860—1888 im Vergleich mit der Zahl der Bevölkerung. Die Schrift hat ein hauptsächlich locales Interesse. Die zweite Abhandlung hebt die Thätigkeit des Gesundheitsamts ganz besonders hervor; wegen der contagiösen Natur der Krankheit müssen Desinfection und Isolirung dringend gefordert werden.

MACKENZIE-JOHNSTON.

98) **A. Segur. Die Discussion der King's County Medicinischen Gesellschaft über die Diphtherie. (The King's County Med. Association's Discussion of Diphtheria.)** *Gaillard's Med. Journ. N. Y. Juni 1889.*

S. giebt eine Uebersicht über die Discussion, die sich über 6 Sitzungen erstreckte und an der zahlreiche Aerzte von Brooklyn N. Y. theilnahmen. Folgende Sätze wurden formulirt:

1. Bei jedem Fall von Angina hat unmittelbare Isolirung einzutreten und diese Beschränkung ist nicht eher aufzuheben, als bis es sicher ist, dass es sich nicht um Diphtherie handelt.
2. Es sind unmittelbar, gründlich und in häufiger Wiederholung Desinficientien auf alle ergriffenen Oberflächen zu appliciren.
3. Alkoholische Getränke sind sofort in kurzen Intervallen zu verabreichen.
4. Beim Fortschritt der Krankheit hat Eisentinctur einen positiven Werth als locales Adstringens und zugleich als ein Mittel, das in Blut und Geweben die durch die Infection gesetzten Veränderungen aufhält.
5. Unmittelbare Desinfection und Entfernung aller nur möglichen Träger

der Infectionskeime hat stattzufinden, ebenso am Ende der Krankheit eine Renovation des Krankenzimmers durch wiederholte Abwaschung der Wände etc. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **G. Stevens** (London). **Diphtherie des Kehlkopfs. (Laryngeal diphtheria.)** *Lancet. 8. Juni 1889.*

Bericht über zwei geheilte Fälle; sie betrafen 2 junge Kinder in derselben Familie. MACKENZIE-JOHNSTON.

100) **Talfourd Jones** (Brecon). **Diphtheritische Gastritis oder gastrische Diphtherie. (Diptheritic gastritis or gastric diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 20. April 1889.*

Bericht über einen Fall, der 1862 unter Verf.'s Beobachtung kam, aber bisher noch nicht veröffentlicht worden ist. Ein Kind von 3 Jahren erkrankte an Diphtherie; am 8. Tage wurde die Athmung schlechter, das Kind sollte in das Kinderhospital gebracht werden, aber unterwegs schon starb es. Bei der Section wurden Mandeln, Uvula, Zungenbasis und Epiglottis mit Membranen bedeckt gefunden. Flecken von einer Pseudomembran waren auch in Pharynx und in der Nasenhöhle sichtbar. Die Trachea, die Bronchen und die Speiseröhre waren ganz frei von jeder Ausschwitzung; aber bei Eröffnung des Magens fand man diesen in seiner ganzen Ausdehnung von einer diphtheritischen Membran ausgekleidet, die an der Cardia- und der Pylorusöffnung ganz plötzlich abschnitt. Die Membran war adhärent, liess sich aber leicht trennen und unterschied sich nur wenig von den im Rachen und in der Nase gefundenen. MACKENZIE-JOHNSTON.

101) **Delthil. Die Behandlung der Diphtherie mit den Kohlenwasserstoffverbindungen. (Traitement de la diphthérie par les hydro-carbures.)** *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences. Paris 1889.*

D. resumirt die früheren Arbeiten über diese Frage und betont den Werth des Kamphers. E. J. MOURE.

102) **Jerome Walker** (Brooklyn). **Bemerkungen aus der Praxis. (Notes from Practice.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1889.*

W. ist der Ansicht, dass die Feuchtigkeit der Zimmer und ihre hohe Temperatur bei der Behandlung mancher Fälle von Diphtherie mehr Schaden bringt, als Nutzen. Die gelegentliche Inhalation heisser medicamentöser Dämpfe ist zweifellos von Werth, doch sollte sie stets mit Hülfe eines Zeltes oder eines andern Kunstgriffes geschehen, der die Luft des Krankenzimmers rein und kühl lässt. MACKENZIE-JOHNSTON.

103) **T. E. Waxham. Intubation des Kehlkopfs, mit Bericht über die so behandelten Fälle. (Intubation of the larynx, with report of cases.)** *N. Y. Record. 29. Juni 1889.*

Während des vergangenen Jahres führte W. die Operation 60 Mal aus mit 28 Heilungen, das sind 46,66 pCt. Die Gesammtsumme seiner Operationen beträgt nun 210 mit 69 oder 32,85 pCt. Heilungen. W. erwähnt den vermehrten

Procentsatz der Heilungen; er glaubt diese grössere Häufigkeit des Erfolges auf Rechnung der verbesserten Methoden der Ernährung setzen zu dürfen, auf die grössere Erfahrung und das bessere Urtheil in der Behandlung der Fälle. Er hält auch viel von der Wahl der liegenden Stellung mit vorgebogenem Kopf beim Essen und Trinken.

Der jüngste unter den im letzten Jahre operirten Kranken war 6 Monate alt. Von den geheilten Fällen waren unter 2 Jahren einer mit 15 Monaten und 2 mit 18 Monaten. Alle Fälle, mit Ausnahme eines einzigen, hatten charakteristische Membranbildung.

LEFFERTS.

104) C. H. Hunter. **Bemerkungen über die Intubation. (A Note upon intubation.)** *Northwestern Lancet. Juni 1889.*

Zu 9 bereits berichteten fügt H. 43 neue Fälle, so dass er im Ganzen über 52 Fälle mit 16 Heilungen verfügt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

105) E. Bouchut. **Tubage des Kehlkopfs bei diphtheritischem Croup. (Tubage du larynx dans le croup diphthéritique.)** *Paris médical. 29. Juni 1889.*

Verf. berichtet über die Zahl der behandelten Fälle und der durch die Tubage erhaltenen Heilungen; er begrüsst in dieser die Rehabilitation einer Operation, die er erdacht und seit 30 Jahren ausgeführt hat.

E. J. MOURE.

106) Bates. Gay. Larrabee. **Die Intubation des Kehlkopfs wider die Tracheotomie. (Intubation of the larynx versus tracheotomy.)** *N. Y. Med. Record. 29. Juni 1889.*

Eine Discussion in der Abtheilung für Kinderkrankheiten der Amerikanischen Medicinischen Gesellschaft.

Gay gab an, dass von 327 Tracheotomien im Boston City Hospital 95, d. i. 29 pCt., heilten; dagegen kamen von 223 Intubationen in demselben Institut 47. d. i. 21 pCt., durch. Er hält die Tracheotomie für weit aussichtsvoller, als die Intubation; dagegen ist die neue Operation. die Intubation, nach seiner Meinung populärer und leichter auszuführen. Von 32 Fällen, wo die Tracheotomie nach der Intubation zur Anwendung kam, starben im Ganzen nur drei. Gay selbst führt häufiger Intubationen, als die Tracheotomie aus, weil die Tube weniger Sorgfalt erfordert. Ueber die Wirkung von Heilmitteln bei Diphtherie sagt Gay nichts Positives.

Larrabee hat 16 Tracheotomien ausgeführt und davon 4 durchgebracht. Er hält die Intubation für die bessere Operation bei Kindern unter einem Jahre; nach dieser Zeit aber giebt er bei der dann zunehmenden Festigkeit der Trachea der Tracheotomie den Vorzug.

LEFFERTS.

107) R. O. Bowman (Manchester). **Diphtherie. — Erfolgreiche Tracheotomie. — Scarlatinöser Ausschlag. — Tod. (Diphtheria. — Succesful tracheotomy. — Scarlatinal eruption. — Death.)** *Medical Chronicle. Juni 1889.*

Der publicirte Fall zeigt, wie Scharlachfieber im Verlauf einer Diphtherie auftreten und neben dieser verlaufen kann. Der Patient befand sich 42 Tage nach der Tracheotomie ganz gut; starb dann aber leider an plötzlicher Synkope.

MACKENZIE-JOHNSTON.

108) **G. L. Cheatle** (London). **Die Nachbehandlung nach der Tracheotomie bei Diphtherie. (The after-treatment of tracheotomie in diphtheria.)** *Lancet. 15. Juni 1889.*

Der Verf. legt grossen Werth auf Ruhe und die Sorge für die Einzelheiten der Krankenpflege. Der erste Punkt, auf den er Gewicht legt, ist die Wahl einer gut sitzenden Canüle; er giebt der gewöhnlichen Hummerschwanz-Tracheotomie-Canüle den Vorzug. Federn zur Reinigung der Tube verwirft er, weil sie reizen und die zarte Schleimhaut der Luftröhre verletzen. Die Athmungsluft muss in einem Dampfkessel vorher feucht und warm gemacht werden und er tropft 2 Tropfen einer 4proc. antiseptischen Lösung halbstündlich in die Canüle.

Verf. hat so 4 Fälle mit 2 Heilungen behandelt, die Allgemeinbehandlung bestand noch in Zuführung von Chinin, Sal volatile und Bromkali. Der sedativen Wirkung des letzteren schreibt C. vielen Nutzen zu. MACKENZIE-JOHNSTON.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

109) **F. de Havilland Hall** (London). **Ein Fall acuter catarrhalischer Laryngitis mit schwerer Athemnoth bei einer Erwachsenen, mittelst Scarification behandelt. (A case of acute catarrhal laryngitis with urgent dyspnoe in an adult treated by scarification.)** *Brit. Med. Journ. 23. Nov. 1889.*

Vortrag, am 18. November 1889 vor der Medical Society of London gehalten. Der Titel giebt die wesentlichen Elemente des Falles wieder. Die Kranke genas. — An der Discussion betheiligten sich Dr. Williams, Dr. White, Dr. Little, Mr. Benham und Mr. Pitts. — Schliesslich sprach sich Hall gegen den Gebrauch von Antimon in solchen Fällen aus, hielt Eis bei jüngeren Individuen und bei hoher Temperatur, warme feuchte Behandlung bei älteren Personen, geringem Fieber und Lungencomplicationen für indicirt und meinte, dass die Intubation in solchen Fällen wohl versucht zu werden verdiene. SEMON.

110) **Peltesohn. Ueber Larynxödem.** *Berliner klinische Wochenschrift. No. 43. 1889.*

Larynxödem ist nie essentiell. Aetiologisch kommen acut entzündliche Ursachen und einfach seröse Infiltration der Submucosa in Folge von Stauung und Hydrops in Betracht. Unter ersteren werden besonders hervorgehoben: Erysipelas, Dr. Strübing's sangioneurotisches Oedem, Jodkaliumgebrauch.

P. giebt dann eine Statistik aus 3887 Sectionsprotokollen, deren Zahlen wiederzugeben hier nicht der Ort ist. Nur soviel, dass örtliche Erkrankungen 44 mal, Allgemeinerkrankungen 166 mal die Ursache bildeten und dass die 210 Fälle 149 Männer, 40 Frauen und 21 Kinder betrafen. LANDGRAF.

111) **N. Lunin** (Petersburg). **Ein Fall von Larynxerysipel.** Protocoll des Vereins St. Petersburger Aerzte. *Petersburger med. Wochenschr. No. 40. 1889.*

Die Diagnose wurde gestützt auf die plötzliche Erkrankung, das hohe Fieber (39,0—40,0), die localen Erscheinungen (Röthung und starke Schwellung), das

Nachlassen des Fiebers beim Fortdauern der localen Erscheinungen, auf die Mitbetheiligung des Allgemeinzustandes und den schnellen Verlauf (5 Tage). Heilung. AUTOREFERAT.

112) **E. P. Lewis. Ulcerative Laryngitis (Ulcerative Laryngitis.)** *Journal of Ophthalmology, Otology and Laryngology. N. Y. Januar 1889.*

L. erzählt einen geheilten Fall; der Patient litt an nervöser Erschöpfung.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **Otto Ringh. Allgemeines über Kehlkopftuberculose und der jetzige Stand ihrer Behandlung.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 6, 7, 8. 1889.*

Erschöpfende Darstellung des bisher Geleisteten mit historischem Rückblick auf die Forschungen von Louis, Rheiner, Koch. Eine primäre Larynxtuberculose kann Verf. nicht annehmen; da er die beweisenden Fälle von Demme, B. Fränkel gar nicht erwähnt, scheinen sie ihm nicht bekannt zu sein. Dass die heutige Jugenderziehung durch Anämie zu Tuberculose disponirt, wird noch zu beweisen sein, eher kann man sich mit dem Satze befreunden, dass Ausnutzung der Arbeitskraft bei mangelhafter Ernährung und Schlaf zu Tuberculose Veranlassung gebe. Etwas kühn ist auch die Behauptung, dass die Tuberculose mit der Verallgemeinerung der Cigarre zugenommen habe und dass es gefährlich sei, eine Cigarre an die Lippen zu führen, da an der Spitze tuberculöser Mundspeichel der Arbeiter hängen könne! Für das Initialstadium der Larynxtuberculose empfiehlt Verf. Betupfungen mit Liquor ferri sesquichl. 4 : 30 oder 5proc. Höllensteinlösung, aber nur bei Anämie. später Insufflationen von Tannin, Plumb. acet. Bei ödematöser Anschwellung Injection von Jodjodkalilösung; bei Ulcerationen Cocain; von der Milchsäure scheint Verf. nicht viel zu halten; schliesslich empfiehlt er, gestützt auf einen verzweifelten Fall geschwüriger Kehlkopftuberculose, den Inductionsstrom! SCHECH.

114) **Libermann** (Strassburg). **Ueber die Aetiologie der Lungen- und Kehlkopfphthise und deren Behandlung in jedem Stadium der Krankheit. (De l'étiologie de la phthisie pulmonaire et laryngée et de leur traitement à toutes les périodes de la maladie.)** *Acad. Royale de Méd. de Belgique. Procès verbal de la séance du 26. Oct. 1889.*

In dieser Arbeit, referirt Warlomont, versucht der Autor die Parasitärtheorie durch eine rein physiologische Theorie zu ersetzen, die darin besteht, dass die wahre Ursache der Lungen- und Kehlkopfphthise in einem entzündlichen Process des Pneumogastricus liege. BAYER.

115) **Dupont** (Militärspital Löwen). **Larynxtuberculose. (Tuberculose du larynx.)** *Arch. Méd. Belges. August 1889.*

Vom Kehlkopfspiegel scheint der Autor in seinem Leben noch nichts gehört zu haben. BAYER.

116) **E. Fränkel** (Hamburg). **Zur Aetiologie der tuberculösen Kehlkopfgeschwüre.** *Centralbl. f. klin. Medicin. No. 37. 1889.*

Die Entstehung der tuberculösen Kehlkopfgeschwüre ist nicht ausschliess-

lich auf ein Eindringen des Koch'schen Bacillus von der Schleimhautoberfläche in die tieferen Gewebslagen zurückzuführen. Haben nun die specifischen Veränderungen an der Kehlkopfschleimhaut sich entwickelt, so kommt es zu einer secundären Infection der bereits vorhandenen tuberculösen Erosionen resp. Ulcerationen durch Invasion anderer Mikroorganismen, welche der Hauptsache nach zu den Staphylo- und Streptococcen gehören.

Die ausführliche Begründung dieser in vorläufiger Mittheilung gemachten Angaben wird später erfolgen. SEIFERT.

117) **Schnitzler** (Wien). **Aphorismen zur Diagnose und Therapie der Kehlkopftuberculose.** Vortrag am internat. Congresse für Laryng. und Otol. zu Paris. 1889. *Internat. klin. Rundschau. No. 40, 44 und 48. 1889.*

I. Schn. betont das Vorkommen catarrhalischer Kehlkopfgeschwüre neben tuberculösen und allein für sich. Als Beispiel führt er Dr. Heryng an, dessen Kehlkopfgeschwüre catarrhalischer Art waren.

II. Schn. hebt die Möglichkeit hervor, miliare und submiliare Tuberkelknötchen im Kehlkopf laryngoskopisch nachzuweisen und beschreibt besonders die von ihm zuerst beobachteten Conglomerate miliarer Tuberkel im Kehlkopfe.

III. In Bezug auf die Behandlung tuberculöser Geschwüre spricht sich Schn. dahin aus, dass sie unter vielen Behandlungsarten heilen können, und dass er besonders gute Erfolge mit dem Perubalsam erreichte. Nach Einathmungen von Emulsionen bepinselt er mit Perubalsam, dem etwas Collodium zugesetzt ist, und erzeugt dadurch eine schützende Decke über den Geschwüren, die sich unter Abschwellung ihrer Ränder reinigen und bald Heiltrieb zeigen. Trotzdem warnt er davor, für jedes Geschwür durch Curettement und Aetzungen oder was immer für eine Methode Heilung erzwingen zu wollen; man sei jetzt in dieser Beziehung zu sanguinisch. CHIARI.

118) **Prinzing. Ueber Kehlkopftuberculose und deren Behandlung.** Aerztl. Bezirksverein Ulm. *Medic. Corresp.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 30. 1889.*

Der Vortrag bringt nichts Neues; P. empfiehlt die Milchsäurebehandlung als eine Methode, deren sich nicht nur die Specialisten, sondern auch die praktischen Aerzte bedienen könnten. SEIFERT.

119) **H. C. Mc. Sherry. Heilbarkeit der Kehlkopfphthise. (Curability of Laryngeal Phthisis.)** *Maryland Med. Journ. 25. Mai 1889.*

Schlüsse:

1. Bei tuberculösen Individuen kann tuberculöse ebenso wie nicht tuberculöse Laryngitis und Ulcerationen vorkommen.
2. Tuberculöse Ulcerationen im Larynx sind nicht unheilbar.
3. Das Mittel, mit dem die besten Erfolge erzielt worden sind, ist Milchsäure.
4. Operative Maassregeln zur Entfernung der erkrankten Gewebe vor Anwendung der Säure befördern ihre Wirksamkeit sehr.

5. Während Menthol geschwollene oder infiltrirte Gewebe nicht zur Heilung zu bringen scheint, wie Milchsäure, steht es ihr kaum nach in der guten Wirkung auf ulcerirte Flächen, und seine schmerzstillende Wirkung sichert ihm einen grossen Vorzug vor der Säure, deren Anwendung meist schmerzhaft ist.
6. Die Wirkung von Menthol und Milchsäure kann vortheilhaft vereinigt werden, wenn man das erstere vor der Application der Säure injicirt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **A. B. Trasher. Kehlkopf-Phthise. (Laryngeal Phthisis.)** *N. Y. Medical Record. 22. Juni 1889.*

Die Theorie der specifischen Infection mit dem Koch'schen Bacillus erscheint dem Autor kaum stichhaltig, da sonst die inhalirten Bacillen die Nasenschleimhaut häufiger afficiren müssten. Würde diese andererseits aus den Lungen exhalirt oder in dem Auswurf fortgeschafft, so müsste die Schleimhautoberfläche zuerst afficirt werden, während doch im thatsächlichen Verlauf der Dinge die tuberculöse Erkrankung unter der Oberfläche beginnt.

In uncomplicirten Fällen muss nach T. die laryngoskopische Untersuchung die Diagnose begründen. Die Allgemeinbehandlung ist die der Lungenschwindsucht; — örtlich kommen Milch-, Chrom- und Essigsäure für die Geschwüre in Frage, noch mehr vielleicht der Galvanokauter; ferner Cocain, Menthol und Morphin, in Vaselin gelöst als Spray während der Inspiration. Diese Mittel ermöglichen dem Pat. die Nahrungsaufnahme und ersparen ihm die Schmerzen, die die letzten Stadien der Krankheit zu so ausserordentlich qualreichen machen.

LEFFERTS.

121) **A. Fawitzki** (Petersburg). **Creolin-Naphthol gegen Kehlkopftuberculose. (K letschenijn bugortschatki gortani kreolinom i naphtholom.)** *Med. obosr. No. 19. 1889.*

Das Creolin wurde nach der Angabe von Schnitzler in Form von Inhalationen, Einblasungen und Pinselungen bei 9 Kranken angewandt. Die Resultate waren sehr wenig ermuthigend. Im letzten Falle wurde eine leichte, doch vorübergehende Besserung erzielt.

Bei 14 Patienten wurde der Kehlkopf mit einer Lösung von Naphthol in Mandelöl gepinselt (1—4,0 : 20,0). Das Naphthol bewährte sich allenfalls als anästhesirendes Mittel, indem es die subjectiven Beschwerden etwas linderte; ein nennenswerther Effect auf den Krankheitsprocess selbst wurde nicht bemerkt.

LUNIN.

122) **Möser. Beobachtungen bei der Anwendung des Weigert'schen Heissluftapparates bei der Tuberculose der Lungen und des Kehlkopfes.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 52. 1889.*

Verf. hat die Heissluftinhalationen bei Lungentuberculose ganz aufgegeben, hat aber bei tuberculösen Geschwüren des Larynx Verkleinerung, ja Heilung gesehen, während vorher alle Mittel ohne Erfolg waren. Trotzdem fühlt er sich zu weiteren Versuchen nicht sehr ermuthigt.

LANDGRAF.

123) **Kafemann. Zur chirurgischen Behandlung der Larynxphthise.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 18. 1889.*

K. machte Versuche mit submucösen Injectionen mittelst der Heryng-schen Spritze. Er injicirt verschieden abgestufte Carbolglycerinlösungen (bis zu 50 pCt.).

LANDGRAF.

124) **Betz** (Mainz). **Zu den äusseren Operationen bei Larynxtuberculose.** *Therapeutische Monatshefte. No. 11. 1889.*

B. demonstrirte in der laryngologischen Sitzung der 62. Naturforscherversammlung in Heidelberg das Präparat eines tuberculösen Kehlkopfs, der einer 40jährigen Frau entnommen war, die im Jahre 1887 tracheotomirt worden war. Es schien dieser Fall eigentlich geeignet zur Totalexstirpation des Larynx, von der sich B. durch die fast allgemeine Verwerfung dieser Radicaloperation hatte abhalten lassen. Der Tod war erfolgt (Anfangs 1889) durch eine copiöse arterielle Blutung aus der Laryngea superior der linken Seite. Bei der Section ergaben sich von tuberculösen Veränderungen nur geringe Indurationen in beiden Lungenspitzen, vereinzelte ältere und spärliche frische Tuberkelablagerungen, kein grösserer Herd. B. glaubt, dass die Exstirpation bei dem Zustand der Lungen und der grossen Lebenszähigkeit der Patientin günstige Aussichten geboten hätte.

SEIFERT.

125) **Kanthack. Beiträge zur Histologie der Stimmbandpolypen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1889.*

K. untersuchte auf einen Ausspruch B. Fränkel's hin, dass die Cysten in den Polypen und die Sängerknötchen der Stimmbänder in Folge von Drüsenerkrankungen entstünden, eine Reihe von Kehlkopfpolypen (15 und 3 Sängerknoten) aus der Krause'schen Klinik. Unter Polypen versteht Verf. die benignen Bindegewebstumoren. Es fanden sich nun in keinem Falle von sogenannten Stimmbandpolypen und Sängerknötchen Drüsen oder Reste derselben vor. Die 3 Sängerknötchen repräsentirten einmal eine einfache locale Hyperplasie, einmal eine Verhornung und einmal eine Wucherung, wie solche in Folge von chronischen Reizen vorkommen. Reine Fibrome unter den Kehlkopfpolypen sind sehr selten, gewöhnlich sind die Polypen Myxofibrome — weiche Fibrome mit theilweiser myxomatöser Degeneration und zwar theils mit, theils ohne Cystenbildung. Das Epithel zeigt manchmal flache Hyperplasie mit ausgeprägter Zapfenbildung, oder deutliche Wucherung in den obersten Schichten oder es ist sehr wenig entwickelt. Die Wandungen der Cysten haben keine Epithelbekleidung.

SCHECH.

126) **Réthi** (Wien). **Ueber Pachydermia laryngis.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 27. 1889.*

R. beschreibt einen Fall von chronischem Kehlkopfcatarrh, bei dem sich an den Processus vocalis umschriebene wulstförmige Verdickungen gebildet hatten; er konnte nun im Laufe eines Jahres beobachten, dass diese Wülste sich in der Mitte vertieften und die Ränder des einen Wulstes in die Nische des anderen sich legten, so dass jetzt wieder der Schluss der Stimmbänder zu Stande kommen konnte. Es hatten sich also die Wülste früher als die Nischen gebildet:

die Wülste hatten sammetartiges Aussehen. R. hebt die Leichtigkeit der Diagnose in diesem Falle hervor, wegen Symmetrie der Bildungen etc., und sagt, dass der histologische Befund oft unsicher und schwer zu beschaffen sei. Die übrigen Ausführungen über Pachydermie bringen nur Bekanntes. CHIARI.

127) **Bergengrün** (Riga). **Ueber einen Fall von Verruca laryngis.** *Virchow's Archiv. 118. 3. 1889.*

22jähriger Mann, seit dem 6. Lebensjahre heiser (hatte damals Croup gehabt). Der Larynx zeigte das Bild intensiven chronischen Catarrhs, beiderseits subchordale Schwellung. Von der Regio interarytaenoidea hoben sich mehrere warzige, erbsengrosse, weissliche Prominenzen ab, zwei derselben wurden mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. Nach deren Entfernung konnte man auch unterhalb der Glottis solche Geschwülste nachweisen. Später wurden noch 2 weitere Tumoren abgetragen. Nach weiterer kaustischer Behandlung gingen die entzündlichen Erscheinungen zurück, die Stimme besserte sich wesentlich.

Die Schnitte zeigten ausnahmslos den Charakter der Verruca dura s. cornea. Es handelte sich demnach um papilläre Geschwülste des Kehlkopfs, bei welchem die Wucherung und Verhärtung des Epithels das Wesentliche ist. Der aussergewöhnliche Sitz der Geschwülste war von besonderem Interesse. SEIFERT.

128) **Goris** (Brüssel). **Endolaryngeale Entfernung eines unterhalb der Stimmritze sitzenden Fibromyxoms.** *Therap. Monatsh. 12. 1889.*

Bei einem Mädchen von 24 Jahren hat G. mittelst der Schrötter'schen Guillotine ein gerstenkorngrosse Geschwulst aus dem Larynx entfernt, die unterhalb der Glottisspalte an der Unterfläche des rechten Stimmbandes ihren Sitz hatte. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibromyoxm handelte. SEIFERT.

129) **P. Mc Bride** (Edinburgh). **Klinische Bemerkungen über Fettgeschwülste des Kehlkopfs. (Clinical Notes on fatty tumores of the larynx.)** *Edinburgh Med. Journ. Febr. 1889.*

Zuerst wird die Literatur über diesen Gegenstand einer Erörterung unterzogen und einige Ungenauigkeiten betont. Darauf berichtet Verf. über 2 Fälle, in denen er Lipome aus dem Kehlkopf entfernte.

1. Ein Mann von mittleren Jahren, dessen Hauptklage eine gewisse Schwierigkeit im Schlucken betraf; derselbe musste eine deutliche Anstrengung aufwenden, um den Schlingakt zu vollenden. Die Untersuchung ergab einen grossen Tumor, der mit breiter Basis der oberen Fläche der Epiglottis und der angrenzenden Partie des Zungenrückens aufsass. Die Geschwulst wurde in zwei Sitzungen mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt (der erste Theil wurde mit der kalten Schlinge und der gebogenen Scheere fortgenommen). Es blieb ein Stumpf zurück, der, nachdem der Brandschorf abgeheilt war, als rundliche Erhebung in der rechten Vallecula sichtbar war. Etwa ein Jahr später hatte sich der Tumor wieder gebildet und war noch grösser als vorher (etwa von der Grösse eines kleinen Hühnereies). Diesmal wurde derselbe mit der Hakenzange gefasst (wobei darauf Acht gegeben wurde, die Kapsel mitsammt ihrem fettigen Inhalt

zu packen) und von seinem Ursprungsort fortgezogen, bevor die galvanische Schlinge herumgelegt wurde. Die Schlinge wurde stark nach abwärts gedrückt, und so wurde die ganze Geschwulst entfernt; nach der Operation war an der Stelle, wo nach der ersten Operation noch eine Erhebung sass, eine deutliche Einsenkung. — Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass der erste Tumor aus Fett und Bindegewebe bestand, während der zweite fast reines Fett war.

2. Der 2. Fall betraf einen Mann von 41 Jahren, der über Heiserkeit klagte, über Athembeschwerden, wenn er auf der linken Seite liege, und über eine gewisse Schwierigkeit beim Schlucken. Bei der Untersuchung des Kehlkopfs sah man eine blassrothe Masse über dem linken Aryknorpel. Bei Berührung derselben mit der Sonde wurde ein Hustenstoss ausgelöst, bei dem der Tumor nach oben auf die Fläche des Zungenrückens gerissen wurde. Die Geschwulst wurde vorsichtig mit einem Vulsellum gepackt und mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. Sie war mit einem feinen Stiele an der Aussenseite des rechten Sinus pyriformis befestigt. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst, die etwa die Grösse eines Bantamhühnereies hatte, ergab, dass sie aus Fettgewebe bestand; dasselbe war von einer deutlichen Kapsel umschlossen.

Bei allen Operationen wurde Cocain angewendet. Nach den eben erwähnten Fällen hält sich Verf. zu dem Schlusse berechtigt, dass Lipome charakterisirt sind durch: 1. ihre hellrothe Farbe, 2. das Missverhältniss zwischen der Grösse des Tumors und den Symptomen, die er macht, 3. die Tendenz, nach unvollkommener Entfernung wieder zu wachsen. AUTOREFERAT.

130) **W. C. Glasgow** (St. Louis). **Cavernöses Angiom des Larynx. Entfernung. Mit Zeichnungen und Beschreibung der mikroscopischen Schnitte von Dr. Ludwig Bremer. (Cavernous Angioma of Larynx. Removal with drawings and descriptions of the microscopic sections prepared by Dr. Ludwig Bremer.)** *International Journ. of medic. Sciences. April 1889.*

Der Titel zeigt die Natur des Falles. Der Tumor, welchen die mikroskopische Prüfung als cavernöses Angiom erwies, wuchs vom vorderen Theile des unteren Stimmbandes. Die Geschwulst war graulich-braun, so gross wie eine Erbse, gelappt und gestielt. Sie wurde mit Schrötter's Zange entfernt, und excessive Blutung folgte der Operation. Eine sehr genaue Schilderung der Histologie der Geschwulst wird gegeben; diesbezüglich muss auf das Original verwiesen werden. P. MCBRIDE.

131) **Robert Schaller. Seltener Fall von Kehlkopf- und Trachealpapillomen.** Dissertation. München 1889.

Der Fall betrifft ein 6 resp. 8jähriges Mädchen, das längere Zeit auf der medicinischen Abtheilung des Kinderspitals unter M. Ranke beobachtet wurde. Nachdem der Versuch, die den ganzen Kehlkopf ausfüllenden Papillome auf endolaryngealem Wege zu entfernen, nicht gelungen war, musste die Tracheotomie gemacht werden. Als auch nach Ausführung der Laryngofissión die Papillome trotz thermokaustischer Zerstörung ihrer Ursprungsstelle wieder recidivirten, wurde die Intubation nach O'Dwyer ausgeführt. Durch den Druck der Tube

verschwand ein Theil der Papillome, der andere sollte nochmals auf endolaryngealem Wege entfernt werden. Das Kind bekam aber plötzlich einen Stickanfall, an dem dasselbe rasch zu Grunde ging. Die Section ergab papillomatöse Degeneration der ganzen Kehlkopfschleimhaut, an dem linken Stimmband mehrere Papillome, durch die Tube theils platt gedrückt, theils zerstört. 4 Ctm. unterhalb des Ringknorpels finden sich linsengrosse, multiple papillomatöse Erhabenheiten, die sich bis zur Bifurcation erstrecken. SCHECH.

132) **J. J. Reid. Ankylose der Kehlkopfgelenke in Folge von krebsiger Infiltration. Verbesserung durch Intubation. (Anchylosis of laryngeal articulations from cancerous infiltration. Relief by intubation.)** *Med. and Surg. Reporter. 11. Mai 1889.*

Pat., eine Frau von 70 Jahren, klagte über Heiserkeit und Dyspnoe von spasmodischem Charakter. Es bestand eine weiche, fluctuirende Geschwulst in der Mitte des Halses, die Diagnose schwankte zwischen Krebs und Abscess; die Dyspnoe wurde auf Rechnung des Drucks auf die Trachea gesetzt. Es wurde eine Sonde in den Kehlkopf eingeführt; diese erleichterte die Athmung und liess die Operation weniger dringlich erscheinen. Doch starb die Patienten 36 Stunden später an Erschöpfung. Die Autopsie ergab, dass die Geschwulstmasse ein Krebs der Schilddrüse war, der sich über der Trachea dieser entlang ausdehnte, diese selbst aber nicht in ihrem Volumen beschränkte. Die Stimmbänder waren vollständig rigide und gestatteten kaum die Einführung der Spitze des kleinen Fingers in die Glottis.

Der Fall interessirt wegen der Ursache der Dyspnoe, wegen der Unmöglichkeit, eine sichere Diagnose zu stellen, und wegen der durch die Intubation erzielten Besserung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **H. L. Swain. Ein Fall von Perichondritis des Ringknorpels mit Paralyse des Musculi crico-arytaenoidei postici, mit Sectionsprotocoll. (A case of perichondritis of the cricoid cartilage with paralysis of the crico-arytaenoideus posticus muscles. Post-mortem results appended.)** *Amer. Journ. med. Sciences. März 1889. — Intern. Journ. of the Med. Sciences. März 1889.*

Es handelt sich in diesem Falle um eine Perichondritis des Ringknorpels, die in langsamem Verlaufe zur Eiterung und Nekrose des Knorpels führte. Mit der Zeit trat, da die untere und hintere Fläche des Knorpels ergriffen wurde, eine Posticuslähmung ein und zwar, bevor man noch laryngoskopisch eine ausgesprochene Schwellung irgendwo wahrnehmen konnte. Im weiteren Fortschritt der Krankheit kam es auf der linken Seite zu einer Verlagerung des Giessbeckenknorpels. Der letzte Akt in dem Drama — eine plötzliche Blutung aus der Tracheotomiewunde, Tod durch Erstickung — kam auf eine zur Zeit nicht erklärliche Weise zu Stande; aus der Tracheotomiewunde selbst scheint die Blutung nicht erfolgt zu sein. Bemerkenswerth an dem Falle sind: Erstens die Thatsache selbst, dass solch ein Abscess so lange Zeit besteht, so deutliche Veränderungen herbeiführt und noch immer keinerlei Zeichen von Dysphagie macht; zweitens, dass die Mm. postici gelähmt waren, ehe sich noch eine sichtbare endolaryngeale

Schwellung wahrnehmen liess; drittens, dass zu keiner Zeit äusserlich eine merkbare Veränderung zu verzeichnen ist; und viertens die Art des Todes und die Schwierigkeit ihrer Erklärung bei dem negativen Ergebniss der Section.

LEFFERTS.

134) C. Petit. **Schussverletzungen des Kehlkopfs und des Halstheiles der Luftröhre. (Des plaies par armes à feu du larynx et de la portion cervicale de la trachée.)** *Thèse de Paris. No. 375.* 1889.

Verf. empfiehlt die sofortige Vornahme der Tracheotomie selbst in den Fällen, wo die Symptome dieselbe anfangs nicht nöthig zu machen scheinen.

E. J. MOURE.

135) D. Bryson Delavan. **Weitere Untersuchungen über das Vorhandensein eines motorischen Rindencentrums für den menschlichen Kehlkopf. (Further investigations as the the existence of a cortical motor center for the human larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 22. Juni* 1889.

Ein kurzer Hinweis auf diese Untersuchungen ist von uns schon im Bericht über die Verhandlungen der Amerikanisch - laryngologischen Gesellschaft, Versammlung 1888, gegeben worden (cf. Centralblatt II., 83).

Die gegenwärtige werthvolle Abhandlung ist eine erweiterte und mit Illustrationen versehene. Wer an diesen Fragen ein Interesse hat, sollte den Artikel selbst zur Hand nehmen. Der Verf. gelangt zu dem Schlusse: Gegenüber den Gottstetn'schen Combinationen, die sich auf klinische, wie auf pathologisch-anatomische Gründe aufbauen, im Verein mit dem gewichtigen Zeugniss der Horsley'schen physiologischen Versuche, lässt sich nicht leugnen, dass mit den bisher angewandten Methoden beim Menschen die Resultate keine befriedigenden gewesen sind, sondern bis zu einem gewissen Grade sogar irreleitend, und dass die Frage noch nicht reif zur Lösung ist, bis erfolgreichere Mittel zu ihrer Beantwortung entdeckt werden. Dass im menschlichen Gehirn ein solches Centrum existirt, wird durch jede folgende Gruppe von Experimenten, die an niederen Thieren angestellt sind, gewisser gemacht. Es kann nur eine Frage der Zeit sein, dass es auch beim Menschen eine unfragliche Localisation erhält.

LEFFERTS.

136) P. Masucci (Neapel). **Untersuchungen über die Kehlkopfkrankheiten in ihren Beziehungen zu den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems. (Studii sui disturbi laringei che stanno in rapporto con le malattie del sistema nervoso centrale.)** *Rassegna critica internaz. April* 1889.

Ein Resumé über die Gottstein'sche Monographie. CARDONE.

137) G. Brugnoli (Bologna). **Der epidemische Keuchhusten in der Provinz Bologna und eine besondere Form desselben. (La pertosse epidemica nella provincia di Bologna e d'una forma speciale della stessa.)** *Bulletino di sc. mediche. Juni* 1889.

B. betrachtet die Keuchhustenepidemien, die seit 1872 in der Provinz Bologna zur Beobachtung kamen. Er beschreibt die Epidemie des laufenden Jahres und theilt dabei mit, dass er mehrere Fälle beobachtet hat — bei

kleinen Kindern und selbst bei Erwachsenen und alten Leuten —, wo Husten in krampfhaften Anfällen auftrat, jedoch ohne inspiratorisches Pfeifen.

CARDONE.

138) **H. W. Vineberg. Laryngismus stridulus und Eklampsie bei Rachitis. (Laryngismus stridulus and eklampsia associated witch rachitis.)** *Philad. Med. News. 27. April* 1889.

V. giebt die Geschichte eines Falles und erwähnt dabei, dass man vor 1843 dem Laryngismus stridulus irgend einen Zusammenhang mit der Thymusdrüse zuschrieb. Friedleben u. A. heben die häufige Verbindung dieser Affection mit Rachitis hervor. Reflexreizung von fast jedem Theile des Körpers aus kann einen Anfall auslösen. Die pathologische Anatomie der Frage ist bisher noch nicht aufgehellt worden. Anfälle von Asthma und stridulösem Croup werden bisweilen irrthümlich für wahren Laryngismus gehalten. Die Prognose ist ernst. Die Behandlung muss sich gegen die Anfälle richten, soll aber auch in den Intervallen zwischen den Anfällen eingreifen. Warme Bäder, kalte Douchen, Kitzeln des Schlundes, die Bromide, Moschus, Apomorphin und Belladonna werden empfohlen; auch Phosphor und Leberthran.

Dr. Jacobi bemerkte, dass die Mm. arytaenoidei (Adductoren) durch den Recurrens innervirt werden. Die Reflexerregung kann central oder peripher erfolgen, ebenso vom Magen, von den Bronchialdrüsen, von Mediastinalgeschwülsten, als auch von der vergrösserten Thymus her. Letztere vermag einen plötzlichen Tod durch localen Druck bei Kindern mit geringem Sterno-vertebraldurchmesser herbeizuführen. Rachitis des Schädels ist die gewöhnliche centrale Ursache und verlängerte Apnoe kann gelegentlich den plötzlichen Tod veranlassen.

LEFFERTS.

139) **H. P. Loomis. Drei grosse Bissen Fleisch im Kehlkopf. — Erstickung. (A larynx and three large pieces of meat. — Insuffocation.)** *N. Y. Med. Record. 20. April* 1889.

Der vorgetragene Fall illustrirt eine der seltensten Ursachen des plötzlichen Todes. Ein Mann, der in angetrunkenem Zustande ein Restaurant betrat und dort zu essen begann, bekam plötzlich einen Erstickungsanfall und fiel todt nieder. Bei der Autopsie wurden 3 grosse Bissen Fleisch im Halse gefunden, der eine verschloss die Glottis vollständig. In den Akten des Leichenschauamts N. Y. City sind 27 Fälle von plötzlichem Tod in Folge von Fremdkörpern im Kehlkopf erwähnt; nur in zwei von diesen stammte der verschliessende Körper aus der Nahrung.

LEFFERTS.

140) **H. Chessmann. Lungenabscess nach 1jähriger Retention eines Nagels im Bronchus. (Abscess of lung following the retention of a nail in the bronchus for a year.)** *N. Y. Post-Graduate. April* 1889.

Bei dem Anfall selbst hatte Pat., ein 3jähr. Knabe, keine beunruhigenden Symptome dargeboten; es trat nur unmittelbar nachher Husten ein, Expectoration und ein allmäliger Verfall. — Etwa ein Jahr nachher hustete das Kind den Nagel aus, doch der eiterige Auswurf dauerte fort und der Pat. starb 6 Wochen

nachher an Erschöpfung. Die Eltern hatten nie daran gedacht, dass der Nagel die Ursache des Hustens sein könnte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

141) **F. Egidi** (Rom). **Zweiundfunfzig Tracheotomien als Beitrag zur Statistik. (52 tracheotomie come contributo alla statistica.)** *Bollettino della Soc. Lancisiana. April* 1889.

Von 52 mit der Tracheotomie behandelten Fällen betrafen 10 Erwachsene und 42 kleine Kinder. — Von den 10 Erwachsenen sind 2 wegen syphilitischer Kehlkopfstenose. 5 wegen Glottisödem und 3 wegen Kehlkopftuberculose operirt worden. Heilung wurde in den 2 ersteren und in 2 von den Oedemfällen erreicht. — Von den 42 Kindern sind 31 wegen einfachen Croups operirt worden, 11 wegen Diphtheritis mit nachdiphtheritischem Croup (nach den Angaben des Verf.'s). Was das Alter anbelangt, so waren 17 von 1 bis 3 Jahre alt, 18 von 3 bis 5 Jahre, 5 von 5—7 Jahre, 2 von 7 bis 12 Jahre. Heilung fand statt in 19 der Fälle von einfachem Croup und in einem der Fälle von diphtheritischem Croup. — 9 mal hat E. das rapide Vorgehen von Saint-Germain befolgt. 1 mal hat er die Tracheotomie anscheinend post mortem mit gutem Erfolge ausgeführt; die anderen 43 Tracheotomien sind nach dem classischen Vorgehen von Trousseau ausgeführt; nur in einigen Fällen waren Modificationen nöthig. — E. stellt Betrachtungen über die von ihm gehandhabte Operationstechnik an und giebt sehr praktische Regeln, die er von seinen verschiedenen Beobachtungen entlehnt. — Schliesslich spricht E. noch über die hauptsächlichsten Zufälle, die während und nach der Operation vorgekommen sind: es sind: die Blutung, das Emphysem, die Syncope, Eclampsie und Rachenkehlkopflähmung. — Betreffend die Gegenindicationen gegen die Tracheotomie meint E., dass diese Operation stets ausgeführt werden müsse, wo die Gefahr der Erstickung bestehe, ausgenommen in Fällen von gangränöser Diphtheritis und wenn bei Croup die Temperatur sehr hoch ist (40° und mehr). Niemals hat E. zur Tracheotomie die Chloroformnarkose gebraucht. CARDONE.

## f. Schilddrüse.

142) **Fano** (Genua). **Ueber die Wirkung der Thyreoidea.** Bericht über den internationalen Physiologencongress in Basel. September 1889. *Centralblatt f. Physiol. No. 14.* 1889.

Verf. spricht sich auf Grund seiner durch die Publicationen von Munk veranlassten Controlversuche dahin aus, dass die der vollkommenen Abtragung der Thyreoidea folgende Kachexie auf einer Vergiftung des Blutes beruhe. Die Thyreoidea habe die Function, das Gift zu zerstören. SEIFERT.

143) **Ribbert** (Bonn). **Ueber die Regeneration des Schilddrüsengewebes.** *Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 117. 1.* 1889.

Zum Studium über die Regenerationsfähigkeit des Schilddrüsengewebes schnitt R. aus der einen Hälfte der Schilddrüse der Kaninchen und hinten läng-

liche Stückchen mit der Scheere oder dem Messer aus und exstirpirte die halbe Drüse nach verschieden langer Zeit. Die Untersuchungen ergaben, dass, ähnlich wie in anderen drüsigen Organen, auch in der Thyreoidea eine Regeneration von functionellen Bestandtheilen erfolgt. Es bilden sich durch Proliferation der Epithelien der alten Alveolen neue Drüsenräume, die anfänglich klein und ohne Lumen, später grösser werden und einen Hohlraum bekommen, der sich mit Colloid füllt.

SEIFERT.

144) **Hirsch** (Gollub). **Ueber substernale Kröpfe.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1889.

Bericht über 2 Fälle von substernaler Struma, welche in der chirurgischen Klinik Schönborn's mit bestem Erfolge operirt wurden.

SEIFERT.

145) **R. Wolf** (Hamburg). **Ein Fall von accessorischer Schilddrüse.** *Archiv für klin. Chirurgie. XXXIX. 1.* 1889.

Bei einem 18jährigen Mädchen wurde ein Tumor aus der Substanz der Zunge herausgeschält, welcher die Grösse eines Zweimarkstücks hatte und von E. Fränkel als accessorische Schilddrüse bestimmt wurde.

SEIFERT.

146) **Siry. Beobachtung von umfangreichem cystischem Kropf, behandelt mit einfacher Punction; Heilung. (Observation de goître kystique volumineux traité par la ponction simple, guérison.)** *Répertoire de thérapeut. à l'usage des médecins.*

Der Kranke wurde nach drei erfolgreichen Punctionen geheilt.

E. J. MOURE.

147) **Sievers** (Adlum). **Untersuchungen über einen Gallertkropf.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1889.

Es handelte sich um eine Schilddrüsengeschwulst, welche als ein interacinöses Adenom mit Andeutungen von Uebergängen zum Cysto-Adenom anzusehen war.

SEIFERT.

148) **A. R. Manby** (East Rudham). **Die Pathologie des Centralnervensystems bei Basedow'scher Krankheit. (The pathology of the central nervous system in exophthalmic goitre.)** *Brit. Med. Journ. 11. Mai* 1889.

Der Autor erwähnt in seinem kurzen Berichte 3 Familien, von denen in einer jeden ein Mitglied oder mehrere an Diabetes zu Grunde gingen und einige andere an Basedow'scher Krankheit. Anknüpfend an Hale White's neuliche Beobachtung über den centralen Ursprung des Kropfes denkt M. an die Möglichkeit einer engen Beziehung zwischen dieser Krankheit und dem Diabetes.

MACKENZIE-JOHNSTON.

# III. Gesellschaftsberichte und Besprechungen.

## a) American Medical Association.

40. Jahresversammlung,
abgehalten zu Newport, R. J., am 25.—28. Juni 1889.

Section für Laryngologie und Otologie.

Erster Tag: Dienstag, den 25. Juni.

W. H. Daly, M. D., Präsident.

Der Vorsitzende spricht in einer kurzen Ansprache über:

Eine neue Epoche in der Laryngologie.

Er bezog sich auf seine bereits früher zum Ausdruck gebrachten Anschauungen, dass die Otologen nothwendigerweise Geschicklichkeit im Umgehen mit Kehlkopf- und Nasenrachenraum-Erkrankungen, besonders mit der chirurgischen Behandlung der letzteren besitzen müssten. Sie sollten so ihre Specialität als Ohrenärzte lieber mit der laryngologischen vereinigen, als mit der ophthalmologischen, mit der sie gewöhnlich verbunden sei. Diese Einsetzung der Otologie in ihre wahren Beziehungen ist es, was die neue Epoche dieser Specialitäten machen wird.

Dr. John Mackenzie (Baltimore) berichtete über einen Fall von:

Lymphoidem Tumor, ausgehend vom Grunde des Sinus Pyriformis, der zu drohender Erstickungsgefahr führte, sobald Patient eine zurückgelehnte Stellung einnahm.

Der Patient, ein Geistlicher von 42 Jahren, hatte nie eine Halskrankheit gehabt und war auch sonst völlig gesund. Es war keine Aetiologie für die Geschwulst aufzufinden; bei der mikroskopischen Untersuchnng ergab sich, dass sie sich ganz aus dem lymphoiden Gewebe des Rachens zusammensetzte wie es neuerdings von Waldeyer und seinen Schülern beschrieben ist.

Der Tumor wurde entfernt, indem man zuerst Würgebewegungen anregte und dadurch die Geschwulst so weit als möglich zum Zungenrücken hinaufdrängte; dann wurde sie mit einem Paar Kehlkopfzangen gefasst, unter deren Führung der Ecraseur über den Tumor geführt und schnell durchschnitten.

Dr. W. Freudenthal (New-York) sprach über:

Die Beziehungen von chronischer Erkrankung der oberen Luftwege zu Brüchen.

Im Verfolg von bereits früher veröffentlichten Beobachtungen fand Redner, dass in Uebereinstimmung mit der Häufigkeit nasaler Erkrankungen Hernien in

folgenden Verhältnissen gefunden werden: In den Vereinigten Staaten bei 50 von 1000 Rekruten, in Frankreich bei 22,87 auf 1000, in Italien bei 16,61 unter 1000, in Oesterreich-Ungarn bei 14,09 unter 1000 und in Deutschland bei weniger als 14 unter 1000 Ausgehobenen.

Weiterhin vertheidigte Redner die Richtigkeit seiner Theorie gegen Dr. Schapringer, der die entgegengesetzte Meinung vertreten hatte.

Bei Frauen sind Hernien seltener als beim Mann wegen des geringeren Kraftaufwandes beim Husten, Räuspern und ähnlichem.

Dr. J. H. Bryan (Washington, D. C.) hielt einen Vortrag über:

### Diagnose und Behandlung der Krankheiten des Antrums.

Redner bemerkte, das unter den chirurgischen Affectionen die suppurative Entzündung die erste Rolle spiele; bis in die jüngste Zeit sah man sie für eine seltene Affection an. Gewöhnlich tritt sie nach der ersten Dentition ein. Unter ihren Ursachen sind 1. Traumen, 2. acute Infectionskrankheiten, 3. Syphilis und 4. Ausbreitung der Entzündung von cariösen Zähnen zu erwähnen. Die als Hydrops der Highmorshöhle bezeichnete Krankheit ist gewöhnlich eine Folge von catarrhalischen Affectionen der Nase, wobei eine serös-mucöse Secretion statt hat. Wo aber ein schleimig-eiteriger Inhalt ist, da stammt die Krankheit gewöhnlich von erkrankten Zähnen her. Die am meisten anerkannte Operation ist die von Cooper, die durch den Alveolarfortsatz. Ihre Vorzüge sind: 1. Sie gewährt die günstigsten Verhältnisse für die Drainage und Desinfection, 2. Sie kann ohne Anaesthetica ausgeführt werden. — Auf der anderen Seite aber ermöglicht sie leicht ein Eindringen von Nahrung und Bakterien und macht manchmal die Extraction eines gesunden Zahnes nothwendig. — Mikulicz eröffnet durch die Seitenwand der Nase, wo sie dünn ist. Diese Operation macht Drainage und Ausspülungen der Höhle leicht ausführbar, und die Gefahr des Eindringens fremder Körper ist hierbei nur gering.

Dr. John O. Roe (Rochester, N. Y.) sprach über:

### Drüsenhypertrophie an der Zungenbasis und ihre Behandlung.

Die Drüsen der Zunge sind in Folge ihrer Lage der Reizung durch die passirende Nahrung etc. unterworfen, und die Blutgefässe in ihnen und um sie herum scheinen an allen Temperaturveränderungen der über sie hingleitenden festen und flüssigen Speisen betheiligt zu sein. Es ist sehr natürlich, wenn die Drüsen in Folge davon häufig in einen abnormen Zustand gerathen. Die Blutgefässe werden bei dieser Hypertrophie in einem abnormen erweiterten Zustande gefunden. Diese Veränderungen passen ganz zu den Bedingungen der localen Reizbarkeit. aber sie stehen auch mit einem Zustand von Plethora des Allgemeinsystems im Einklang und können, wie Lennox Browne betont hat, Symptome eines Mitralfehlers, einer Leberschwellung, ja selbst eines Tumor cerebri sein. Kleine Risse über diesen Drüsen können die Ursache von Blutspeien sein. Oft findet sich dabei der gleiche Zustand an den anderen Tonsillen, und die Symptome gleichen oft denen der Hypertrophie der Rachentonsille, welche Veränderungen der Stimme und der Aussprache, das Gefühl eines Fremdkörpers, z. B.

eines Haares, im Halse u. a. m. hervorruft. Asthmaanfälle haben nicht selten diese Ursache, und oft ist auch Globus hystericus in dieser Verbindung bei Frauen beobachtet.

Die Behandlung hat 2 Aufgaben zu erfüllen: 1. die Entfernung alles Hypertrophischen und 2. die Obliteration aller varicösen Gefässe.

Jene wird am besten durch Abschneiden mit gebogenem Messer oder mit der Scheere erreicht; dies ist leicht auszuführen und führt weder zu grosser Blutung, noch ist es sehr schmerzhaft. Auch die Galvanokaustik ist nützlich. Zur Zerstörung der vergrösserten Gefässe soll sets der Galvanokauter gebraucht werden, der längs des Stammes der Gefässe an dem Punkt, wo sie entspringen, und zwar so nahe als möglich angesetzt wird. Vor jedem solchen Eingriff soll Cocain gepinselt werden.

## Zweiter Tag: Mittwoch, den 26. Juni.

Dr. E. Fletcher Ingals (Chicago) sprach über:

### Electrolytische Behandlung des Cystenkropfes.

Redner nimmt für die Electrolyse den Vorzug in Anspruch, dass sie schnellere Erfolge erzielt, gefahrloser ist und auch sonst Vortheile bietet gegenüber anderen Methoden. Zur Stütze seiner Anschauungen giebt Redner die Geschichte zweier Fälle, die er selbst electrolytisch behandelt hat.

Dr. B. Bryson Delavan (New-York) hält einen Vortrag über:

### Adenoide Hypertrophie im Rachengewölbe; ihre Pathologie und Therapie.

Redner stellt fest, dass es zwei Hauptarten der Krankheit giebt. Bei der einen ist die Geschwulst weich, brüchig und reich an lymphoiden Elementen; bei der anderen ist ein Ueberschuss an Bindegewebe vorhanden. Die erstere ist leicht ohne viele Schmerzen zu entfernen, die andere haftet fest, ihre Entfernung verursacht bedeutenden Schmerz. Der Vortragende kommt dann auf die Operationsmethoden zu sprechen und hebt hervor, dass in ernsteren Fällen, selbst bei jugendlichen Personen, der Gebrauch von Anaestheticis von grösster Wichtigkeit ist und dass die Entfernung wo möglich in einer Sitzung vollendet werden soll. Auch betont er die grosse Bedeutung der geeigneten Nachbehandlung für so operirte Patienten.

Dr. F. Potter (Buffalo, N.Y.) hielt hierauf den angekündigten Vortrag über den:

### Gebrauch von Menthol in den oberen Luftwegen.

Potter giebt die Resultate, die er in den letzten 3 Jahren mit der Localapplication dieses Mittels erzielt hat; dieselben lehren, dass die Drogue oberflächliche Entzündung einzuschränken vermag, dass sie ein schmerztödtendes Mittel ist, dass eine zweite Application in wachsender Stärke erfolgen kann, ohne dass Störungen eintreten, dass sie zerstörend auf einige niederstehende

Lebewesen wirkt, speciell auf den Tuberkelbacillus; schliesslich, dass sie ein werthvolles antiseptisches Mittel für die Nasenchirurgie bildet. Das Menthol nimmt einen hervorragenden Platz in der Behandlung der atrophischen Zustände ein. Es wird benutzt in einer Stärke von 1 bis 50 pCt., in Oel gelöst. Das Petroleumöl hält der Vortragende für das beste zum Zwecke der Lösung der Drogue in Oel. Es kann direct angewendet werden durch Application von Wattebäuschen oder mittelst des Sprays oder durch Dämpfe. Die directe Methode passt am besten für den Pharynx, Spray und Dampf entsprechen Nase und Kehlkopf.

Auch 5 Fälle von Kehlkopfphthise, die auf Erkrankung der Lungen folgte, werden berichtet, in denen die Mentholbehandlung befriedigende Resultate gewährte; die lokalen Verhältnisse besserten sich rasch unter dem Mentholgebrauch.

Dr. Charles H. Knight (New-York) sprach über:

Menthol bei Kehlkopfphthise,

20 Fälle, die meisten darunter recht schwere, die von ihm mit Menthol behandelt worden sind, gaben dem Vortragenden Grund zu der Meinung, dass Menthol ein werthvolles Mittel gegen tuberculöse Laryngitis ist. Die Drogue war gelöst in flüssiger Cosmolene, im Verhältniss 1 oder $1^1/_2$ Drachmen zu 1 Unze; sie wurde angewandt mittelst der Kehlkopfspritze oder in Form eines Sprays, durch den Handball- oder Dampfapparat. In nahezu allen Fällen besserten sich die subjectiven Symptome und die örtlichen Erscheinungen. Eine vollständige Heilung eines Ulcus fand in keinem Falle statt.

Dr. H. Holbrook Curtis (New-York) verlas einen Aufsatz, betitelt:

Die Anämie und ihre Beziehung zur Nasenstenose.

Durch Zusammenstellung der bezüglichen Fälle erwies er, dass fast alle Patienten mit Stenose anämisch waren; der Oxyhaemoglobingehalt derselben betrug nur etwa die Hälfte des im normalen Blute vorhandenen. Bei seinen Untersuchungen bediente C. sich des Hénocque'schen Haematoscops; nach Verlauf einiger Wochen untersuchte er das Blut der Patienten von neuem. Er gelangte zu dem Schluss, dass die Zunahme des Oxyhaemoglobins im Blute nach der Operation am Septum der erzielten Erleichterung der erschwerten Nasenathmung direct proportional ist. Diese Zunahme ist constant und beträgt durchschnittlich etwa 2 pCt. in den ersten 6 Wochen unmittelbar nach der Operation, in denen die Nase nur die Hälfte ihrer Arbeit leistet.

Es sollten Fälle, bei denen das Blut spectralanalytisch weniger als 6 pCt. Oxyhaemoglobingehalt zeigt, nicht operirt werden, da bei ihnen schwere Blutungen leicht erfolgen können. Berücksichtigt werden auch das Körpergewicht, die Brustmessung und die durch den Spirometer zu bestimmende Capacität der Lungen.

Dr. F. S. Crossfield (Hartford, Conn.) sprach über:

Epilepsie in Folge von intranasaler Erkrankung.

Der Redner berichtete, dass der erste Kranke, der ihm zur Beobachtung kam,

epileptische Krämpfe 6 Jahre lang 2mal im Monat oder öfter hatte. Neben diesem Zustand bestand ausgesprochene Hypertrophie in beiden Nasenhöhlen mit Verbiegung des Septums nach der linken Seite und einer Exostose, deren scharfe Kante gegen die hypertrophische Nasenmuschel drückte; ferner ausgesprochene adenoide Wucherung im Nasenrachenraum; geringfügige Veränderungen im Kehlkopf. Die Epilepsie verschwand vollständig, als diese pathologischen Ursachen beseitigt wurden.

Der zweite Fall war dem ersten ausserordentlich ähnlich, nur mit geringer Vergrösserung der Rachentonsille. Die epileptischen Anfälle waren sehr viel häufiger. Die Heilung nach Entfernung der localen Ursache war eine gleich vollständige.

## Dritter Tag: Donnerstag, den 27. Juni.

Dr. D. N. Rankin (Pittsburg, Pa.) hielt seinen Vortrag über:

### Wirkung des natürlichen Gases auf die oberen Luftwege.

Die Patienten haben nach der Inhalation zuerst über Trockenheit in Hals und Nase zu klagen; es folgt ein eiteriger Ausfluss aus diesen Räumen. Dann kommt die Trockenheit wieder, bisweilen breiten sich die Symptome auf den Kehlkopf aus und führen zu Heiserkeit. Die Untersuchung mit dem Spiegel zeigt Congestion nach Nase und Rachen, es besteht grosse Empfindlichkeit dieser Theile; letztere verschwindet prompt nach 4procentiger Cocainlösung; danach wird Hals und Nase mit Vaselin eingerieben.

Dr. George A. Richards (New-York) sprach über:

### Empyem der Stirnhöhlen.

Er berichtet über einen Fall von Empyem der Stirnhöhle in Folge von Obliteration des Infundibulum durch seit 15 Jahren bestehende Polypen. Das Empyem hatte zum Schwund der unteren Wand des Sinus frontalis geführt und ein kleiner Tumor war an der Nasenwurzel zum Vorschein gekommen 8 Monate, bevor der Patient sich in ärztliche Behandlung begab. Es wurde eine Oeffnung in die Schwellung gemacht und eine Canüle hindurch in die Nase geführt, nachdem zuvor etwa 20 Polypen entfernt worden waren. Nachdem die Höhle etwa 1 Monat hindurch 3mal täglich gründlich gereinigt war, war der Patient vollständig wiederhergestellt.

Von 48 durch Redner aus der Literatur gesammelten Fällen waren nur 14 die Folge einer Verletzung und 7 die Folge von Verstopfung.

Dr. C. W. Richardson (Washington, D. C.) sprach über:

### Die mögliche Gefahr einer Mittelohrverletzung durch den Gebrauch des Nasensprays.

Der Vortragende schickt das Urtheil voraus, dass eine solche Gefahr wirklich besteht und sehr gross ist. Er will nicht eine Beschreibung des Sprays geben, der ein sehr nützliches Mittel der Behandlung darbietet, sondern einfach

das Bestehen der Gefahr betonen und zur Vorsicht rathen gegen die unterschiedslose Verordnung des Handsprays zum eigenen Gebrauch für die Patienten selbst.

Dr. Joseph A. White (Richmond, Va.) sprach über:

Die sogenannte dritte Tonsille.

White glaubt, dass eine Drüsenhypertrophie im hinteren Nasenraum, wenn sie selbst klein ist, doch ein actives Agens darstellt, das diese und die benachbarten Theile in einen catarrhalischen Zustand führt und auch die Ausbreitung auf das Ohr bedingt. Um den Catarrh los zu werden, müssen zuerst diese Geschwülste zerstört werden; dieselbe Behandlung muss auch zur Entfernung der Gaumentonsillen zu dem gleichen Zwecke in Kraft treten — Vielleicht hat die 3. Tonsille grösseren Antheil an der Production secundärer Erkrankung, als die Gaumentonsillen, ein Verhältniss, das leicht verständlich wird, wenn man ihre Beziehung zur Athemverstopfung und zur Ventilation der Eustachischen Höhle ins Auge fasst.

Unter 565 Fällen von Nasenrachenraumaffectionen, die er in 18 Monaten in der Privatpraxis sah, fand Redner, dass 197 eine Mittelohrerkrankung hatten. Von diesen hatten 134 Hypertrophie der dritten Tonsille — 20 pCt. der Gesammtzahl der behandelten Fälle.

Die Methode der Entfernung ist unwesentlich, vorausgesetzt, dass diese eine vollständige ist. Breitere Massen werden am besten mit der galvanokaustischen Schlinge oder der schneidenden Scheere entfernt; letztere ist selbst bei Cocainanästhesie schmerzlich. Der spitze Galvanokauter ist am geeignetsten wohl für weiche glatte Massen.

Dr. W. K. Simpson (New-York) berichtete einen Fall von:

acuter rheumatischer Laryngitis gonorrhoischen Ursprungs.

Dr. A. B. Thrasher (Cincinnati, O.) sprach über:

Perforationen der Nasenscheidewand.

Er berichtete über 16 Fälle dieser Art, die besondere Beziehungen zu der Theorie vom syphilitischen Ursprung dieser Affection darbieten. 3 Fälle kamen bei Syphilitikern vor, in 11 war Syphilis nicht vorhanden, 2 blieben zweifelhaft. Bei den Fällen mit Syphilis war beständig das Vomer oder zum mindesten eine von den Nasenmuscheln ergriffen; war dies der Fall, so wurde Schmerz empfunden. In den nichtsyphilitischen Fällen machte die Perforation in der Regel gar keine Symptome; manchmal schien sie durch das Herumstochern in der Nase mit dem Fingernagel bedingt zu sein.

Dr. J. E. Shadle (St. Paul, Minn.) trug über den

Husten in seinen Beziehungen zu Krankheitszuständen der Nasenwege

vor. Er führte 3 Fälle auf, in denen chronischer, lange bestehender Husten geheilt wurde durch geeignete Massnahmen, die sich darauf richteten, eine bestehende Nasenkrankheit zu entfernen. Die letztere bestand in einem Falle in

Hypertrophie des hinteren unteren Muschelbeins, im zweiten in Stenose der Nase in Folge von Deformität des Nasenseptums, und im dritten in chronischem Nasencatarrh.

Redner behauptet, dass, wenn Husten in dieser Weise in pathologischem Zusammenhange mit Krankheitszuständen der Nasenwände steht, er gewöhnlich durch reflectorische Nerveneinflüsse oder durch Parese der vasomotorischen Nerven der Blutgefässe der Nasenschleimhaut bedingt ist.

Dr. Charles Denison (Denves, Col.):

Ein neuer Mundsperrer, mit Erwägungen über andere mögliche und bessere Resultate der Tubage des Larynx.

Der Vortragende stellt eine Tabelle von 25 Fällen von Intubation mit 7 Heilungen auf. — Das Neue seines Mundsperrers liegt darin, dass die Zähne durch eine Art Walze auseinandergehalten werden; dieser passt für jeden Kieferwinkel und für Kinder jedes Alters.

Dr. E. L. Shurley (Detroit, Mich.) hielt den angekündigten Vortrag über:

Die Heissluftbehandlung der Phthisis.

Der Vortragende beabsichtigt einfach, einen Bericht über die Fortschritte im Gebrauch des Weigert'schen Apparates zu geben. Er selbst hat den Apparat in etwa 20 Fällen angewandt, aber nur in 8 mit der Beharrlichkeit und Ausschliesslichkeit, um sie als Beweismaterial verwerthen zu können.

Dr. Carl Seiler (Philadelphia) sprach über:

Klinische Beobachtungen über einige Fälle von eigenthümlichem Charakter.

Der Gang der Symptome in den von dem Redner beobachteten Fällen wurde folgendermassen verzeichnet:

1. neuralgische Muskelschmerzen, gewöhnlich in Rücken und Brust, oft im Kopf, in den Ohren und Gliedmassen;
2. äusserste Schwäche;
3. mucöse Infiltration der submucösen Gewebe und Bildung dünner, weisser, pseudomembranöser Flecke auf der Oberfläche der Schleimhäute;
4. zuerst Fehlen von Fiebersymptomen, später hohe Temperatur mit relativ geringer Pulsfrequenz;
5. Fehlen von Albumen im Urin, Neigung zu Herzschwäche;
6. allmähliche Schmelzung der Pseudomembran, Mangel jeden Geruches seitens dieser;
7. die weite geographische Verbreitung in diesem Lande und die infectiöse, nicht contagiöse Natur der Krankheit;
8. schliesslich die specifische Wirkung von benzoesaurem Natron, das die Symptome prompt zum Schwinden bringt.

Dr. E. Cutter (New-York) berichtete über 2 Fälle: einen Fall von

Thyreotomie zur Entfernung eines Sarcoms

und einen Fall von

Fibroid am rechten Arytaenoidknorpel.

Lefferts.

---

b) J. Gottstein (Breslau). **Die Krankheiten des Kehlkopfs**, mit Einschluss der Laryngoscopie und der local-therapeutischen Technik für practische Aerzte und Studirende. Mit 44 Abbildungen. Dritte verbesserte und vermehrte Auflage. 1890. Leipzig und Wien. Franz Deuticke.

Zum dritten Male innerhalb des kurzen Zeitraums von 5 Jahren wird es die erfreuliche Pflicht des Centralblatts, sich mit dem vortrefflichen Werke Gottstein's zu beschäftigen. — „Noch nicht zwei Jahre nach dem Erscheinen der zweiten Auflage ist eine neue Auflage nothwendig geworden". Diese Ankündigung der Vorrede der dritten Auflage spricht beredt genug für die Popularität, die sich das Buch errungen hat. Und diese Popularität ist eine durchaus verdiente. Das Lob, das dem Verfasser aus berufenstem Munde gelegentlich der Besprechung der zweiten Auflage gespendet wurde (Centralblatt V, S. 41), dass er seit dem Erscheinen der ersten Auflage „mit vortrefflichem Erfolge an der Vervollkommnung seines Werkes weitergearbeitet habe" — darf hinsichtlich der dritten Auflage in uneingeschränktester Weise wiederholt werden. Es ist einfach bewundernswerth, mit welch' unermüdlichem Fleisse Gottstein den Fortschritten unserer Wissenschaft gefolgt ist, wie er es verstanden hat, in seinem Werke den Inbegriff unseres gegenwärtigen Wissens in knappster, objectivster Form zu geben. Die Durchleuchtung des Kehlkopfes, die Intubation, die Frage des Ueberganges gutartiger Neubildungen in bösartige, das Erysipel des Kehlkopfs, die Fortschritte in der Behandlung der Larynxtuberculose, die neuesten experimentellen Forschungen hinsichtlich der motorischen Kehlkopfinnervation — abgesehen selbstverständlich von den erst nach dem Erscheinen des Werkes publicirten Mittheilungen Grossmann's, Grabower's, Semon-Horsley's — alle diese gegenwärtig unsere Specialität beschäftigenden Fragen finden sich in genauester und klarster Weise in dem Buche beleuchtet und die reiche, persönliche Erfahrung des Verfassers, die ebenso grosse Milde wie Unbestechlichkeit seines Urtheils verleihen allen seinen Aeusserungen über diese theilweise noch unentschiedenen Probleme einen doppelt hohen Werth. Im Allgemeinen wird sich jeder Laryngolog von Erfahrung mit Gottstein's Ausführungen völlig einverstanden erklären und das Werk seinen Zuhörern als durchaus auf der Höhe der Zeit stehend empfehlen können. Dass in einzelnen Detailfragen Meinungsverschiedenheiten geltend gemacht werden könnten, ist ja selbstverständlich. So giebt Gottstein selbst zu, dass die von ihm gemachte Eintheilung in primäre und secundäre Kehlkopfkrankheiten sich weder streng durchführen lässt, noch als eine logische anzusehen ist.

So liessen sich Einwendungen gegen die Anordnung des Stoffes in dem Kapitel über die Motilitätsstörungen des Kehlkopfes, namentlich in dem Abschnitt über die Coordinationsstörungen erheben. Aber es muss andererseits zugegeben werden, dass in diesem Kapitel noch so viele Lücken in unserem Wissen vorhanden sind, dass die Durchführung einer streng ätiologischen Classification, die das Verständniss dieser Formen sicherlich erleichtern würde, in diesem Augenblicke kaum möglich ist. In diesem Kapitel findet sich übrigens die einzige Auslassung einer wichtigen Thatsache, die uns bei aufmerksamer Lectüre des Werkes aufgefallen ist. Gottstein gedenkt (p. 220) bei der Besprechung des „Spasmus der Glottiserweiterer“ des dunklen Fraentzel'schen Falles, erwähnt aber nicht den wichtigen Fall Pitt's von Krampf der Glottisöffner bei der Hydrophobie. (Vgl. Centralblatt I, p. 251, II p. 129.) Grade mit Bezug auf die neuesten, experimentell erzielten Anschauungen über die centrale Innervation des Kehlkopfs (vgl. Centralblatt VI, p. 389 u. ff., und die Controverse zwischen Prof. Krause einerseits und Semon-Horsley andererseits, Berliner Klinische Wochenschrift, No. 4, 5, 7, 1890) gewinnt die laryngoskopisch sichergestellte Thatsache, dass bei den Krämpfen der Hundswuth die medullären, nicht die corticalen Centren für den Kehlkopf erregt werden, ein erhöhtes Interesse.

Die Erwähnung dieser Thatsache führt uns ungezwungen zu dem einzigen Punkte, in welchem eine grössere Differenz der Ansichten des Verfassers und des Referenten besteht. Auch in der neuesten Auflage noch bezeichnet Gottstein (p. 344) in der Einleitung zu dem — übrigens im höchsten Grade interessanten und dankenswerthen — Kapitel über die mit den Erkrankungen des Centralnervensystems im Zusammenhange stehenden Larynxaffectionen, „die Frage von dem Vorhandensein eines besonderen Rindencentrums für den Kehlkopf beim Menschen für eine offene“. Schon bei der Besprechung der zweiten Auflage im Centralblatt (V, p. 41) hatte Prof. Gerhardt bemerkt: „Statt der Annahme des Herrn Verfassers, dass die Frage von dem Vorhandensein eines Rindencentrums für den Kehlkopf des Menschen eine offene sei, möchten wir sagen: der Sitz ist nicht gekannt, das Vorhandensein ist eine physiologische, wie pathologische Nothwendigkeit“. Aus dem Umstande, dass der angefochtene Satz nichts destoweniger unverändert in die dritte Auflage übergegangen ist, dürfte wohl der Schluss gezogen werden, dass der Verfasser diese Ausstellung für nicht gerechtfertigt fand, und in der That macht er in dem Abschnitt, welcher dem kritisirten Satze vorhergeht, Bedenken gegen die Existenz eines besonderen Rindencentrums für die „Kehlkopfbewegungen“ geltend, unter ihnen hauptsächlich, dass die Larynxmuskulatur nur „in einem äusserst beschränkten Maasse“ unserem Willen unterworfen sei, dass die Respirationsbewegungen des Kehlkopfs als unwillkürliche zu betrachten seien, und dass auch die die Phonation vermittelnden Muskelcontractionen theilweise reflectorischer Natur seien. Er selbst scheint geneigt, die Phonation einfach als eine Theilerscheinung des Sprechens anzusehen. — Der Gegenbeweis dieser Anschauung ergiebt sich — abgesehen davon, dass bei den verschiedensten Thiergattungen Phonationscentren in beiden Hemisphären gefunden worden sind — nach der Ansicht des Referenten einfach aus der alltäglichen Beobachtung, dass selbst bei der vollkommensten Aphasie nicht auch gleichzeitig Aphonie

vorhanden ist. Dies deutet mit Nothwendigkeit darauf hin, dass auch beim Menschen die Phonation nicht allein im Sitze des Sprachcentrums, d. h. linkerseits, repräsentirt ist und eine blosse Theilerscheinung des Sprachmechanismus vorstellt, sondern dass beim Menschen, wie bei den Thieren, ein besonderes Phonationscentrum auch in der rechten Grosshirnhemisphäre vorhanden ist.

Es würde zu weit führen, an dieser Stelle auf diese interessante Frage näher einzugehen; der Referent möchte sich aber der Hoffnung hingeben, dass seine und Horsley's Experimente, denen zufolge nur die willkürliche Thätigkeit des Kehlkopfs, d. h. die Phonation, nicht aber die unwillkürliche Thätigkeit desselben, d. h. die Respiration, in der Rinde durch besondere Centren vertreten ist, dem Verfasser die Existenz besonderer corticaler Phonationscentren plausibler erscheinen lassen und auf seine Auffassung verschiedener Motilitätsneurosen des Kehlkopfs demgemäss einigen Einfluss ausüben werden.

Ohne Zweifel wird das Werk noch viele Auflagen erleben. Es verdient dies nach jeder Richtung hin, und es wird uns stets eine Freude sein, unseren Lesern von dem Erscheinen einer neuen Auflage Mittheilung machen zu können.

Felix Semon.

c) **F. Massei. Pathologie und Therapie des Rachens, der Nasenhöhlen und des Kehlkopfs etc. II. Auflage. Erster Band: Rachen und Nasenhöhle. (Patelogia e terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe (compresa la tecnica rinoscopica e laringoscopica) ad uso dei medici e degli studenti. II. edizione riveduta ed ampliata con illustrazioni. Vol. primo: Faringe e fosse nasali.)** Napoli e Milano, Vallardi. 1890.

Der erste Band von Massei's Handbuch der Hals- und Nasenkrankheiten, die Affectionen des Pharynx und der Nasenhöhlen, liegt, 429 Seiten umfassend, vor uns. Obgleich es sich um eine zweite Auflage des Werkes handelt, glaubt Ref. doch nicht fehl zu gehen, wenn er annimmt, dass die erste Auflage wohl den meisten Fachgenossen fremd geblieben ist. Die Aufmerksamkeit für die Arbeiten italienischer Laryngologen ist in den übrigen Ländern erst seit Kurzem erwacht, und sicher waren es mit in erster Reihe die bedeutenden Publicationen des Autors und seiner Schüler, welche das Interesse fremder Fachgenossen darauf hinlenkten. Auch dem Referenten ist die erste Auflage von Massei's Arbeit nicht zu Gesicht gekommen, doch leuchtet es beim Durchlesen des vorliegenden Bandes sofort ein, dass derselbe das Product einer vollständigen Neubearbeitung ist.

Was besonders für den Autor einnimmt, ist seine ausserordentliche Literaturkenntniss. In allen Capiteln des Werkes berücksichtigt er nicht nur die grösseren Werke der Autoren aller Nationen, sondern auch die kleineren, theils in Aufsätzen, theils in Sitzungsberichten verstreuten Publicationen bekannterer und weniger bekannter Fachgenossen. Nur in seltenen Fällen hätte Ref. eine ausgiebigere Citirung der Literatur gern gesehen, so z. B. in dem schwierigen und durchaus noch nicht in allen Punkten aufgeklärten Capitel über die nasalen Reflexneurosen.

In der Anordnung und Bearbeitung des in letzter Zeit lawinenartig angewachsenen Stoffes ist Verf. geschickt und präcise verfahren.

Im ersten Theile giebt Verf. eine nicht zu lange, aber doch sehr gute Abhandlung über die Anatomie, Physiologie und 'vergleichende Anatomie der Nase und des Pharynx Das Verständniss dieses Capitels wird durch 4 gute Holzschnitte wesentlich erleichtert.

Der zweite Theil behandelt die Untersuchungsmethoden. Bei der Besprechung der Rhinoscopia posterior ist dem Ref. aufgefallen, dass Massei den Gebrauch grosser Spiegel fordert. Sicher haben grosse Spiegel den Vortheil, dass sie mehr Licht in den Nasenraum werfen und auf einmal ein vollständigeres Bild geben, doch bietet ihre Anwendung Schwierigkeiten sowohl für den ungeübten Patienten. als für den minder geübten Laryngologen. Es dürfte sich empfehlen, mit kleineren Spiegeln zu beginnen und mit der wachsenden Geschicklichkeit beider Theile zu grösseren Nummern aufzusteigen. Der in seinem Ansatzwinkel bewegliche Michel'sche Spiegel hätte Erwähnung und Empfehlung verdient. Die Methode der Hervorziehung des Gaumensegels durch Abbindung mit Gummischnüren, welche besonders zum Zwecke der Vornahme von Operationen ausgezeichnete Resultate liefert, sowie die Beschreibung der fixirbaren Instrumente Schlesinger's fehlen gänzlich. Der naturgemäss umfangreichste III. Theil behandelt die Krankheiten der Nasenhöhlen und des Rachens, die Circulationsanomalien, einschliesslich der Epistaxis, die entzündlichen Affectionen, Ozaena, Hypertrophie und Atrophie der Schleimhaut in klarer, vollständiger Darstellung. Sodann folgen die übrigen Affectionen: Aphthen, Pilzbildungen, Diphtherie, Gangrän, Erysipel, Tuberculose, Syphilis, Lupus, Störk'sche Blennorrhoe etc. etc.

Die Krankheiten der Nasenhöhlen bilden den Schluss. Es ist naturgemäss nicht möglich, auf alle Capitel einzeln einzugehen, auch würde es keinen rechten Zweck haben, controverse Punkte besonders hervorzuheben. Wir können, am Schlusse unserer Besprechung angelangt, nur das Werk nochmals, als den besten einschlägigen Arbeiten sich würdig anschliessend, besonders auch den Schülern der Laryngoskopie auf's Angelegentlichste empfehlen.

A. Krakauer (Berlin).

---

# IV. Briefkasten.

## X. internationaler medicinischer Congress zu Berlin 1890.

In Verbindung mit dem X. internationalen medicinischen Congress, welcher vom 4. bis 9. August dieses Jahres in Berlin tagen wird, soll eine internationale medicinisch-wissenschaftliche Ausstellung stattfinden. Von den Vertretern der medicinischen Facultäten und der grösseren ärztlichen Gesellschaften des Deutschen Reiches ist ein Organisations-Comité, bestehend aus den Doctoren Virchow, v. Bergmann, Leyden, Waldeyer und Lassar, mit dem Auftrage betraut worden, die Vorbereitungen für diese Ausstellung zu treffen. Auch haben sich in den Herren Commerzienrath Dörffel, H. Haensch, Director J. F. Holtz, Director L. Loewenherz und H. Windler technische Autoritäten zur Mitarbeit bereit gefunden. Die sehr grossen Schwierigkeiten, welche die Beschaffung geeigneter Räumlichkeiten ge-

macht hat, sind erst jetzt gehoben worden und es wird nunmehr zur Beschickung der Ausstellung eingeladen. Wir heben zunächst hervor, dass der Charakter derselben, der Gelegenheit und dem zur Verfügung stehenden Raume entsprechend, ein ausschliesslich wissenschaftlicher sein wird.

Folgende Gegenstände sollen, soweit der Platz reicht, zur Ausstellung gelangen: Neue oder wesentlich verbesserte wissenschaftliche Instrumente und Apparate für biologische und speciell medicinische Zwecke, einschliesslich der Apparate für Photographie und Spectralanalyse, soweit sie medicinischen Zwecken dienen — neue pharmacologisch-chemischo Stoffe und Präparate — neueste pharmaceutische Stoffe und Präparate — neueste Nährpräparate — neue oder besonders vervollkommnete Instrmente zu operativen Zwecken der inneren und äusseren Medicin und der sich anschliessenden Specialfächer, einschliesslich der Electrotherapie — neue Pläne und Modelle von Krankenhäusern, Reconvalescentenhäusern, Desinfections- und allgemeinen Badeanstalten — neue Einrichtungen für Krankenpflege, einschliesslich der Transportmittel und Bäder für Kranke. — neueste Apparate zu hygienischen Zwecken.

Alle Anmeldungen oder Anfragen sind an das Bureau des Congresses (Dr. Lassar, Berlin NW., Carlstrasse 19) mit dem Vermerk „Ausstellungsangelegenheit" zu richten.

---

## Einladung zur Theilnahme an den Verhandlungen der Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

Entsprechend dem Beschluss des neunten Congresses zu Washinton wird in den Tagen vom 4. bis 9. August dieses Jahres der X. internationale medicinische Congress zu Berlin stattfinden. Von den Delegirten der Deutschen medicinischen Facultäten und den grösseren ärztlichen Gesellschaften des Deutschen Reiches sind die Unterzeichneten zu Mitgliedern eines vorbereitenden Abtheilungs-Comités gewählt worden. In dieser Eigenschaft beehren wir uns, zur Theilnahme an den Verhandlungen unserer Abtheilung höflichst einzuladen. Es wird uns zur besonderen Ehre und Freude gereichen, unsere verehrten Fachgenossen recht zahlreich bei uns begrüssen zu dürfen.

Wir überreichen umstehend das vorläufig festgestellte Programm der Abtheilungsverhandlungen [bereits in der Februarnummer dieses Jahres, p. 486, mitgetheilt. Red.] und bitten, etwaige weitere Vorschläge, sowie Anmeldungen von Vorträgen oder Demonstrationen recht bald an uns gelangen zu lassen.

In der Hoffnung auf eine anregende und unserer Wissenschaft förderliche Zusammenarbeit entbieten wir unseren collegialischen Gruss und zeichnen

Hochachtungsvoll

Das Organisations-Comité für die Abtheilung:
Laryngologie und Rhinologie.

Beschorner-Dresden. B. Fränkel-Berlin. Gottstein-Breslau.
A. Hartmann-Berlin. Jurasz-Heidelberg. H. Krause-Berlin.
Michael-Hamburg. Schech-München. M. Schmidt-Frankfurt a. M.

Alle die Abtheilung betreffenden Zuschriften wolle man an das geschäftsführende Mitglied Prof. B. Fränkel, Berlin NW., Neustädtische Kirchstr. 12, andere Mittheilungen an das Bureau des Generalsecretärs Dr. Lassar, Berlin NW., Karlstr. 19, richten.

---

## Personalia.

Am Cincinnati Hospital ist kürzlich eine besondere Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten geschaffen und als Aerzte bei derselben sind die Herren Dr. Max Thorner und Dr. E. Sattler angestellt worden.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

**Jahrgang VI. Berlin, Mai. 1890. No. 11.**

## I. Referate.

### a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) **J. Sedziak** (Warschau). **Die Laryngologie in London. (O stanie laryngologii w Londynie.)** *Gazeta lekarska. No. 36, 37, 38, 39 und 40. 1889.*

Beschreibung der verschiedenen, in den Londoner Hospitälern functionirenden Abtheilungen für Hals- und Nasenkrankheiten, ihrer Einrichtungen mit Angabe der daselbst ordinirenden Aerzte, ja sogar ihrer Empfangsstunden. HERYNG.

2) **Schmiegelow** (Kopenhagen). **Dritter Jahresbericht der Ohren-, Nasen- und Halsklinik im Communehospital. (Tredje Beretning fra Kommunehospitalets Klinik for Ore-, Naese- og Halssygdomme.)** *Hospitals-Tidende. 1889.*

Aus diesem Bericht soll nur Folgendes hervorgehoben werden:

**Nasenkrankheiten:** 286 Fälle (86 M., 107 W., 93 K.).

Es wurden bei 3 Patienten Defecte des knorpeligen Septums, die als congenitale betrachtet werden mussten, beobachtet. — Bei einem 15jährigen Knaben entwickelte sich ohne bestimmte Ursache eine acute Perichondritis septi. — Bei 2 Patienten (einem 9jährigen und einem 5 Wochen alten Mädchen) war die Nasenhöhle mit einem fibrinösen Belag ausgefüllt, ohne dass Diphtheritis vorhanden war und ohne begleitendes Fieber. — Unter 111 Fällen von Rhinitis chronica boten 14 „Reflexneurosen" dar (Kopfschmerzen: 9 Fälle, Supraorbitalneuralgie: 2, Niesskrämpfe: 2, Epiphora: 1, erysipelatoide Röthung der Nase und Wangen: 4 Fälle). — 12 Patienten hatten Epistaxis und in allen Fällen wurde die blutende Stelle an dem vorderen unteren Ende des knorpeligen Septums gefunden. — Ozaena simplex kam bei 36 Patienten (6 M., 20 W., 10 K.) vor. Bei 24 Individuen konnte der Anfang der Krankheit entschieden bis vor das 15. Lebensjahr zurückgeführt werden, bei 2 Individuen trat die Krankheit erst zwischen dem 15. und 20. Jahre auf. Bei einem Kinde war die Krankheit schon vor dem zweiten Lebensjahre vorhanden; das Kind war nur 2 Jahre

alt, als es untersucht wurde, und es wurde schon deutliche Atrophie der Muscheln constatirt. — Empyema Antri Highmori wurde 6 Mal vorgefunden (2 M., 3 W., 1 K.). Es wurde in 3 Fällen eine Operation (durch den Proc. alveolaris 2 Mal, die Mikulicz'sche Operation 1 Mal) gemacht. Zahnwurzelperiostiten und Zahncaries bildeten in allen Fällen das ätiologische Moment. Empyema sinus frontalis wurde 2 Mal gesehen; der eine Fall wurde aufgemeisselt und geheilt. Neoplasmen waren bei 30 Individuen vorhanden; von diesen waren 25 fibro-mucöse. Ein Fall kennzeichnete sich durch die aussergewöhnliche Grösse des Neoplasma (12 cm lang, 4 cm dick und 2 cm breit). Asthma wurde bei vier Patienten beobachtet, von diesen wurde ein Patient geheilt, einer gebessert, bei 2 ist das Resultat nicht bekannt. 6 Patienten klagten über Kopfschmerzen, 2 hatten Reizhusten und 3 Niesskrampf.

Syphilis wurde bei 11 Patienten gesehen. In 10 Fällen (3 M., 7 W.) handelte es sich um tertiäre Symptome. In einem Falle war das Leiden congenital. Die destructive Nasenkrankheit hatte in dem 14. Lebensjahre angefangen.

**Schlundkrankheiten:** 427 Fälle (122 M., 178 W., 127 K.).

Diphtheritis kam bei 17 Individuen vor, ausserdem wurden 5 post-diphtherische Paresen gesehen.

Pharyngitis acuta (und Angina tonsillaris acuta) wurde bei 111 Patienten beobachtet, 4 Mal war die Luschka'sche Tonsille isolirt afficirt, und in diesen Fällen waren die subjectiven Phänomene, insbesonders der Kopfschmerz, viel stärker, als bei der gewöhnlichen Angina tonsillaris. — Angina phlegmonosa trat bei 28 Patienten, Herpes faucium bei 2 Patienten auf. Bei einem 11 Monate alten Kinde entwickelte sich ein Abscessus retropharyngealis, der durch Incision von der Regio retromaxillaris aus entfernt wurde.

Pharyngitis chronica wurde bei 116 Individuen (45 M., 61 W., 10 K.) gefunden. In einem Fall handelte es sich um ein Leiden der Bursa pharyngea. 42 Patienten klagten über Schmerzen, 10 Patienten hatten ein Gefühl von Fremdkörpern, 11 Patienten waren von kitzelndem Husten geplagt; ein Gefühl von Ermüdung beim Sprechen war das Hauptsymptom bei 2 Patienten, Spasmus der Oesophagusringmuskulatur war bei 2 Patienten vorhanden und bei 2 Individuen konnten starke Anfälle von Spasmus glottidis auf die chronische Pharyngitis zurückgeführt werden.

Es wurden 38 Tonsillotomien ohne Complicationen gemacht.

Adenoide Vegetationen kamen in folgender Weise vor:

| Alter. | Männer. | Weiber. | Zusammen. |
|---|---|---|---|
| 1— 5 Jahre | 7 | 7 | 14 |
| 6—10 „ | 16 | 15 | 31 |
| 11—15 „ | 14 | 12 | 26 |
| 16—20 „ | 7 | 5 | 12 |
| 21—25 „ | — | 1 | 1 |
| 26—30 „ | — | 1 | 1 |
| über 31 „ | — | — | — |
| Zusammen: | 44 | 41 | 85 |

Von diesen 85 Fällen waren 72 (circa 85 pCt.) mit Ohrenleiden complicirt.

Syphilis hatte sich bei 52 Patienten im Schlunde localisirt. (Secundäre Symptome bei 36, tertiäre bei 16 Individuen.) Von den tertiären Fällen handelte es sich zweimal um congenitale Syphilis, die ausgebreitete Ulcerationen in dem 10. Lebensjahre der Patienten hervorgebracht hatte.

Es wurde ein Nasenrachenfibrom bei einem 12jährigen Knaben beobachtet und mit der galvanocaustischen Schlinge operirt; später Recidiv. — In fünf Fällen traten tuberculöse Ulcerationen auf. Zwei von diesen wurden mit Milchsäure behandelt und geheilt.

Zwei Fälle von Lupus und ein Fall von Carcinom stehen unter Beobachtung.

**Larynxkrankheiten**: 129 Fälle (62 M., 55 W., 12 K.).

Laryngitis acuta: 15 Mal.

Unter den 48 Fällen von chronischer Laryngitis soll nur ein Fall von hämorrhagischer Laryngitis besprochen werden. Es handelte sich um einen 53jährigen Mann, der an Cirrhosis hepatis mit Ascites und Anasarca litt. Von Zeit zu Zeit hustete er ohne Anstrengung bis 50 ccm Blut aus, in den Lungen wurde nichts gefunden. Laryngoscopisch präsentirte die Kehlkopfschleimhaut sich blutig tingirt, etwas geschwollen, hier und da mit Blutkrusten besetzt, in der Trachea kein Blut. Bei der postmortalen Untersuchung zeigte sich Larynx und Trachea stark injicirt, mit submucösen Ecchymosen. Keine Ulcerationen.

26 Patienten (21 M., 5 W.) hatten Laryngitis tuberculosa. Gegen die ulcerativen Formen wurde Milchsäure angewandt. Die Schmerzen verschwanden dadurch in 10 Fällen, in 6 Fällen ist Näheres nicht angeführt.

Laryngitis syphilitica ist bei 14 Individuen (4 M., 9 W., 1 K.) beobachtet. 3 Mal waren es secundäre, 11 Mal tertiäre Phänomene; bei den letzteren handelte es sich 2 Mal um congenitale Syphilis. Bei diesen zwei Patienten (einem 9jährigen Mädchen und einem 16jährigen Knaben) entwickelten sich ausgebreitete laryngeale Ulcerationen, deren syphilitische Natur per exclusionem und mittelst der prompten Reaction gegenüber Jodkali erkannt wurde.

Neoplasmen kamen 5 Mal vor (Lupus 1, Carcinom 1, multiple Papillome 1, Fibrom 2). Das Carcinom ging breitbasig vom linken Stimmband aus; das Stimmband war vollständig unbeweglich. Mittelst Laryngofissur (Professor Studsgaard) wurde die Geschwulst entfernt. Recidiv. Tod ein halbes Jahr nach der Operation.

Arthritis cricoarytaenoidea acuta im Verlaufe einer acuten Febris rheumatica wurde bei einer 40jährigen Frau beobachtet. Die rechte Cartilago arytaenoidea und das rechte Stimmband waren in Cadaverstellung immobilisirt; nach einigen Tagen kehrte der normale Zustand zurück.

Es wurde ein ausgesprochener Fall von spastischer Aphonie bei einem 25jährigen hysterischen Dienstmädchen beobachtet. Die Spasmen konnten ausser bei intendirter Intonation auch beim Druck auf die Ovarialgegend ausgelöst werden. Wurde mittelst Hypnose geheilt.

Eine sehr interessante Compressionsstenose der Trachea wurde bei einer 35jährigen Frau beobachtet. Das Leiden besteht angeblich seit sieben

Jahren. Es äusserte sich in Schwierigkeiten bei der Deglutition mit Regurgitiren der Nahrungsmittel nach längerer Zeit und in unverdautem Zustande. Nach den Mahlzeiten treten Respirationsschwierigkeiten auf, die aber verschwinden, wenn das Gegessene, oft in bedeutender Quantität, regurgitirt wird. Laryngoscopisch wird eine Hervorwölbung der hinteren rechten Trachealwand entdeckt. Die grösste Höhe der Hervorwölbung liegt ungefähr gegenüber dem 9. Trachealringe und ist bei dem 4. Ringe nicht mehr zu entdecken. Nach den Mahlzeiten ist die Hervorwölbung grösser; sie ist expansiv pulsirend. Es handelte sich entweder um ein Aneurysma der Aorta, oder des Truncus anonymus, oder um ein grosses Oesophagusdivertikel. Die Section wird einst das Richtige aufklären.

AUTOREFERAT.

3) **v. Brunn** (Lippspringe). **Statistisch-therapeutischer Bericht über die Lippspringer Saison vom Sommer 1889.** *Deutsche Medicin. Zeitung. 6. 1889.*

Von den Kuristen zeigten 16 pCt. eine Miterkrankung der oberen Wege, besonders des Larynx, vom Katarrh mit Infiltration des submucösen und perichondritischen Gewebes bis zu umfangreichen Verschwärungen, durch welche in mehreren Fällen Loslösung eines Stimmbandes und Aphonie erzeugt wurden. Bei einem Fall hatte ein geheiltes tuberculöses Ulcus durch Narbencontractur eine Verengerung der Larynxapertur herbeigeführt. In einem Falle wurde Tuberculose der Mundhöhle beobachtet. der linke vordere und hintere Gaumenbogen waren tuberculös infiltrirt. indurirt und die überziehende Mucosa mit miliaren Knötchen besetzt. Bei katarrhalischer Schwellung und Erosionen sah Verf. gute Erfolge mit Einathmungen von Perubalsam, tiefere Ulcerationen wurden mit Milchsäure oder Jodoform behandelt, Borsäure erwies sich als zweckmässig bei Geschwüren an den Aryknorpeln.

SEIFERT.

4) **Mariani** (Madrid). **Einfluss des Allgemeinbefindens auf die Krankheiten des Schlund- und Kehlkopfes. (Influencia de los estados lobre los enfermedades de la faringe y de la laringe.)** *Revista de Med. y Cir. Prácticas. September 1889.*

Diesen im Hospital der Prinzessin zu Madrid gehaltenen Vortrag hätte Verf. besser mit „Verhalten des Schlund- und Kehlkopfes bei Allgemeinkrankheiten" betitelt, denn er behandelt der Reihe nach die Affection dieser Theile bei Diphtheritis, Scharlach, Masern, Pocken, Erysipel, Typhus, Syphilis, Tuberculose, Lepra, Scrophulose, Rheumatismus und Gicht, Herpetismus, Kachexien und Intoxicationen mit Alkohol, Quecksilber und Belladonna.

SENTINNON.

5) **J. Middlemas Hunt** (Liverpool). **Klinische Illustrationen zu einigen Affectionen der Athemwege. (Clinical Paper illustrating some affections of the respiratory Passages.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1889.*

Der erste der mitgetheilten Fälle handelt von einem Fremdkörper in der Trachea (Knochenstückchen), der Athembeschwerden und Husten verursachte. Bei der laryngoscopischen Untersuchung fand man den Kehlkopf in normalem Zustande, aber die Trachea durch ödematöse Schwellung verlegt. Allmälig verschwand diese und das Knochenstück wurde sichtbar. Während des

ganzen Krankheitsverlaufs trat keinerlei Anzeichen dafür ein, dass der Fremdkörper in einen Bronchus getreten sei. Der Patient wurde zum ersten Male am 25. September untersucht, zum zweiten Male am 10. October; bei letzterer Untersuchung sah man den Knochen. Es wurde dann die Tracheotomie ausgeführt und der Knochen entfernt. Referent ist der Ansicht, dass die Tracheotomie schon nach der ersten Untersuchung hätte ausgeführt werden sollen.

Der zweite Fall betraf ein weiches, gestieltes Fibrom des rechten Stimmbandes; dasselbe wurde mit der Schrötter'schen Zange entfernt.

Der dritte Fall behandelt einen einfachen Nasenrachenraumpolypen bei einer 20jährigen Frau, bei der als erstes Symptom, das in die Erscheinung trat, sich eine heftige Blutung zeigte. Der Tumor wurde mittelst der kalten Schlinge entfernt.

Im vierten Fall handelt es sich um eine Erkrankung des Antrums, verbunden mit einer Erkrankung der Knochen. Es kam zur Sequesterbildung, schliesslich zur Ablagerung von Kalksalzen um den exfoliirten Knochen, der sich auf diese Weise in einen Rhinolithen umbildete. P. M'BRIDE.

6) **Sir Morell Mackenzie** (London). **Gicht im Halse. (Gout in the throat.)** Vortrag, gehalten in der British Laryngological Assoc. am 26. Juni 1889. *Journ. of Laryngology. August 1889.*

M. hat nur wenige Fälle von Gicht im Halse zu Gesicht bekommen und hält diese Localisation für selten. Manche Fälle sind nach seinem Dafürhalten fälschlich als gichtisch beschrieben und er will nur da diese Diagnose zulassen, wo absolut die Sicherheit gegeben ist, dass der Pat. sonst noch deutliche Zeichen von Gicht bietet. M. giebt die Krankengeschichte von 4 Fällen; in einem verursachte eine gichtische Entzündung fungöse Ulceration des linken Taschenbandes, die fast genau so aussah wie Krebs. MACKENZIE-JOHNSTON.

7) **Geo. M. Lefferts. Drei seltene Fälle mit Illustrationen: Multiple Papillome des Gaumensegels; grosses Fibrom der Tonsille, und fibroide Geschwulst der Nasenscheidewand. (Three rare cases illustrated. Multiple Papillomata of the velum; immense fibroid tumor of the tonsil, and fibroid tumer of the nasal septum.)** *Philad. Med. News. 17. August 1889.*

Der Inhalt des kurzen Artikels ist in der Ueberschrift gegeben. Der specielle Werth liegt in den Bildern, die durch Photogravure hergestellt sind.

LEFFERTS.

8) **Solis-Cohen. — Major. — Langmaid. — Glasgow.**

1. **Ein Fall von Sarcom der Schilddrüse. (A case of sarcoma of the thyroid gland.)**
2. **Die Beziehungen zwischen Erysipel des Gesichts und Erythem auf der einen, und intranasalem Druck auf der anderen Seite. (The relation between facial erysipelas and erythema on the one hand, and intranasal pressure on the other.)**
3. **Acute multiple [septische?] Adenitis. [Oedem des Larynx, spontan heilend. — Mit laryngoscopischem Befund.] (Acute multiple adenitis [sep-**

**tic?]. Oedema of the larynx with spontaneous cure. Laryngoscopic appearances.)**

4. **Eine ödematöse Erkrankungsform, oder: Septisches Oedem der oberen Luftwege. (An oedematous form of disease, or: Septic oedema of the upper air-passages.)**

Auszüge aus diesen Abhandlungen sind im Bericht des 11. Congresses der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft erschienen (vergl. Centralbl. VI., S. 482 u. ff). Die Arbeiten selbst sind vollständig unter den angeführten Ueberschriften in dem N. Y. Medical Journal vom 10. August 1889 publicirt. LEFFERTS.

9) **Francke H. Bosworth. Ueber den Gebrauch von Tabak. (On the use of tobacco.)** *N. Y. Med. Record. 25. März 1889.*

Es ist ein berechtigter Schluss, meint der Verf., dass der Gebrauch von Tabak in seinem Einfluss auf den Respirationstractus nicht direct den Krankheitszustand hervorruft, welcher gewöhnlich seiner directen Einwirkung zur Last gelegt wird, sondern dass dies nur durch den indirecten Einfluss der Nicotinresorption durch das allgemeine Nervensystem geschieht. Nun sind die Erscheinungen der chronischen Nicotinvergiftung wohlbekannt und werden leicht erkannt an dem Muskelzittern oder Schwanken der Hand, dem dumpfen Kopfschmerz, der verlangsamten oder unregelmässigen Herzaction, der Schlaflosigkeit oder anderen Symptomen. Und ausser wenn wir durch einige der genannten Symptome bei Personen, die dem Tabakrauchen oder -Kauen ergeben waren, ein deutliches Zeichen für diese chronische Vergiftung besitzen, sind wir nach Verf.'s Ansicht nicht berechtigt, einen vorhandenen Rachen- oder Nasenkatarrh dem Tabakgebrauch zuzuschreiben, obgleich zweifellos in manchen Fällen ein bestehender Rachenkatarrh durch den Tabakgebrauch verstärkt werden kann. Die Wirkung des Tabaks beruht möglicherweise auf dem geringen reizenden Effect der verflüchtigten Salze, die den Rauch zusammensetzen und möglich auch der empyreumatischen Oele, vornehmlich aber auf dem constitutionellen Effect der Drogue, welche durch die die Secretion regulirenden Nerven auf diese zu wirken vermag. LEFFERTS.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **Schwendt** (Basel). **Die angeborenen Verschlüsse der hinteren Nasenöffnungen und ihre operative Behandlung.** Habilitationsschrift pro venia docendi. Basel bei Werner Riehm. 1889.

Eine terato- und rhinologisch höchst interessante Arbeit, welche zum Verständniss ein genaues Studium verlangt und durch Referate nur unvollkommen wiederzugeben ist. Sie zerfällt wesentlich in einen teratologischen, einen casuistischen und einen klinischen Theil. Der erstere ergiebt, dass die meisten hierher gehörigen Missgeburten zu den Arrhinencephalen ohne Riechhirn und Riechnerv, und speciell zu den Cebocephalen gehören, welche wohl mit Gesichtsknochen begrenzte, aber rüsselartige, meist auch vorn blind endende Nasenhöhlen haben.

Das Fehlen des Zwischenkiefers ist bei diesen Monstren durchgängig. Im casuistischen Theil findet man unter den Missgeburten die Beschreibung theils von thierischen und menschlichen Föten, theils von Kindern, die wenige Minuten oder Stunden nach der Geburt gestorben sind. Dann folgen die rhinologisch beobachteten Choanenverschlüsse an sonst ganz gesunden und im Uebrigen fast oder ganz normal gebildeten menschlichen Individuen. Die Monstren mit Choanenverschluss scheinen viel seltener gefunden worden zu sein, als die lebensfähigen normalen Fälle, indem nur 8 der ersteren, dagegen 24 der letzteren aufgezählt sind.

Unter den rhinologischen Beobachtungen ist auch ein vom Verf. selbst entdeckter und behandelter Fall genau beschrieben. Die Möglichkeit eines Restes von Arrhinencephalie ist auch bei den rhinologischen Fällen zugegeben, jedoch nicht anatomisch erwiesen. Es fanden sich bei Einigen Abnormitäten der Stirnnasenbildung.

Der Verschluss der Choanen ist weitaus am häufigsten und bei den Ueberlebenden fast ausschliesslich ein dick- oder dünnknöcherner. Bei den Föten fand sich Zusammenschiebung der verschiedenen, die Choanen begrenzenden Knochen, auch Einschiebung von Knochenplatten. Bei einem einzigen Kinde, welches zwei Tage gelebt hatte, wurde häutiger Verschluss gefunden. Meist ist der Verschluss doppelseitig.

Im klinischen Theil ist die ganze Symptomatologie, Diagnostik und Therapie des Uebels zusammengefasst, ein für alle Aerzte, namentlich in Bezug auf die Neugeborenen wichtiges Capitel. Leichte Kurzathmigkeit, nächtliche Erstickungsanfälle, selbst bei Erwachsenen, Offenhalten des Mundes, doch weniger auffallend, als bei adenoiden Vegetationen, bei Säuglingen Unfähigkeit zum Saugen, leichter Exophthalmus, schmale, hohe, senkrechte Stirne, klanglose, aber nicht nasale Sprache, sehr geschwächter oder fehlender Geschmackssinn, ganz abnorm hohe Wölbung und Verkürzung des harten Gaumens scheinen die wichtigsten klinischen Merkmale zu sein.

Die Therapie besteht in der Durchbohrung des Verschlusses mittelst trocartartiger Instrumente, besonders aber mit dem Galvanocauter, von vorn oder besser vom Nasenrachenraum her, und nachfolgendes Offenhalten der Löcher durch Röhren. Die Prognose der Operation ist gut, jedoch ist der Geruchssinn höchstens theilweise, meist gar nicht herzustellen.

Einige Tafeln mit wohlgelungenen Abbildungen sind eine willkommene Zugabe.

JONQUIÈRE.

11) **Onodi** (Pest). **Ueber einen congenitalen Verschluss der hinteren[1]) Choane.** *Orvosi Hetilap. No. 27. 1889.* Excerpt in *Pester med.-chir. Presse. No. 29. 1889.*

Die rechte Choane war durch eine knöcherne vom Septum zur unteren Muschel ziehende, mit Schleimhaut bedeckte Spange, die bis zur Mitte des unteren Nasenganges reichte, hochgradig verengt. O. durchtrennte diese Spange

---

[1]) „hinteren" dürfte wohl ein Druckfehler sein.

Anmerkung des Referenten.

mit Stichsäge und Meissel. Die rechte Nasenseite war ausserdem auch vorn durch Septumauswuchs verengert; O. entfernte auch diesen mit dem Meissel. Er hält dies Leiden für angeboren. CHIARI.

12) **Eulenstein. Congenitaler, doppelseitiger Verschluss der Choanen. Operationsmethode.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 39. 1889.*

36jährige Patientin, welche nie durch die Nase geathmet hatte, die gewöhnlichen Symptome der behinderten Nasenathmung zeigte und unter einer abundanten Secretion aus der Nase sehr litt. E. fand Nasenpolypen, entfernte dieselben und entdeckte dann den knöchernen Verschluss beider Choanen. Operationsmethode bestand in Meisselung eines Loches mit Drillbohrer, dreieckiger Erweiterung nach unten mittelst Säge. Abreissen der Schleimhautfetzen um die Knochenwunde, zuerst rechts, nach 5 Wochen links. Heilung unter Jodoformbehandlung mit ausgezeichnetem Erfolg. LANDGRAF.

13) **E. Baumgarten** (Pest). **Membranöser Verschluss der Choanen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 51. 1889. — Orvosi Hetilap. No. 32. 1889.* Excerpt in *Pester med.-chir. Presse. No. 52.*

Als Ursache einer seit 2 Jahren bestehenden Verletzung der Nase fand B. eine membranartige Gewebswucherung vom vorderen Antheile des Rachendaches zur Mitte des Septum choanarum ziehend und von dort als schürzenförmige Membran bis zur hinteren Velumsfläche sich erstreckend; mit derselben war sie verwachsen. Dadurch waren die Choanen nach hinten abgeschlossen. B. durchbrannte die Membran von vorn an mehreren Stellen und entfernte die Reste mit Zangen, Causticis und Messern. Doch blieb die Neigung zu ähnlichen Wucherungen fortbestehen, so dass öftere Nachoperationen erforderlich wurden. Ueber die Aetiologie dieses höchst interessanten Falles äussert sich B. nur vermuthungsweise. CHIARI.

14) **Heryng. Die elektrische Durchleuchtung der Highmorshöhle bei Empyem.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 35. 1889.*

Verf. sieht viel häufiger Empyem, seit er die electrische Durchleuchtung zur Sicherung der Diagnose anwendet. Fortschritte der Diagnose verdanken wir Ziem, der die einzelnen Symptome auf ihren relativen Werth zurückgeführt, weiter der von mehreren Seiten in Anregung gebrachten Probepunction. Ein weiterer Fortschritt liegt in der neuerdings von Voltolini eingeführten Durchleuchtung. Verf. hat die Methode an 10 Fällen geprüft und findet, dass Voltolini das wichtigste Symptom des Empyems, nämlich das Dunkelbleiben der erkrankten Seite bei der Durchleuchtung, nicht genügend betont hat. H. bedient sich des von Reiniger (Erlangen) construirten electrischen Spatels und untersucht in ganz dunklem Zimmer. Genauere Daten werden dann von 7 Kranken gegeben, 5 Männern und 2 Frauen. Die Erkrankung hatte stets in cariösen Zähnen ihren Ursprung. Die Sondirung des Ostium maxillare gelang nur in einem Falle nicht, wo starke Ectasie vorlag. Der Ausfluss war mit Ausnahme dieses Falles immer copiös. Die Kranken bezeichneten den Geruch als foetide.

Der Geruch war vermindert resp. aufgehoben. Einmal war nichts als profuser einseitiger Ausfluss vorhanden.

Operirt wurde 1 mal nach der Desault'schen Methode, sonst wurde die Anbohrung durch den Kiefer ausgeführt und eine kurze Canüle eingeführt.

LANDGRAF.

15) **O. Chiari** (Wien). **Ueber Empyema antri Highmori.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 25. October 1889. *Wiener klin. Wochenschr. No. 48 und 49.* Discussion darüber ibidem *No. 44, 48 und 51.*

Nach Hervorhebung der Verdienste Ziem's um die Kenntniss dieser nicht so seltenen Erkrankung wird die Aetiologie besprochen; dieselbe ist meist dentaler Art, obwohl auch die nasale Entstehung vorkommt. Ch. konnte unter 7 behandelten Fällen nur einen mit nasaler Entstehung finden. Für die Diagnose der gewöhnlich vorkommenden chronischen Empyeme ist die Auftreibung des Antrums nicht zu verwenden, da sie meistens fehlt, wohl aber bieten die einseitige, periodische Eiterung aus der Nase, die Beobachtung des Eiterausflusses aus dem Hiatus semilunaris und gleichzeitige Zahnleiden bei Fehlen von schweren Störungen in der Nase meist genügende Anhaltspunkte, um so mehr, da Schmerzen in der Stirngegend oder Druckgefühl in der Wange nicht selten sind. Für unsichere Fälle ist Schmidt's Probepunction werthvoll.

In Bezug auf die Therapie werden die Methoden der Einspritzungen von der natürlichen und den verschiedenen künstlichen Oeffnungen her kritisch beleuchtet und der Anbohrung von einem Alveolus her der Vorzug gegeben, weil man damit den kranken Zahn entfernt und die Anbohrung an der tiefsten Stelle und leicht vorgenommen werden kann. Ch. legt nur einen dünnen Canal an, um das Eindringen von Speisen unmöglich zu machen und lässt durch ad hoc eingeführte dünne Röhren die Ausspritzung vornehmen. Man braucht keine Dauercanüle, da die Oeffnung sich nicht schliesst, wenn man sie täglich sondirt, wie das ja zur Vornahme der Ausspritzung nöthig ist. Die derart vorgenommenen Einspritzungen von schwachen Carbol- oder Salzlösungen bewirkten trotz monatelanger Anwendung nur in 2 von 6 Fällen völlige Heilung, 3 mal bedeutende Besserung. Da auch andere Autoren über unvollständige Heilungen berichten, so wäre in solchen Fällen die Jodoformeinblasung nach Combe und Krause oder die Jodoformgazetamponade nach Schech zu versuchen, oder endlich bei besonderer Hartnäckigkeit die Auskratzung der Höhle, über deren Erfolg aber nicht genügende Erfahrungen vorlägen.

Bei der Discussion bemerkte zunächst Billroth, dass er in Bezug auf die Diagnose ganz mit dem Vortragenden übereinstimme, dass er aber mehr die begleitenden Symptome von Seite der Nase, der Zähne, der Augen und Nerven betonen möchte. Die Hartnäckigkeit der Eiterung sei begreiflich, da es sich ja damit ähnlich bei den blennorrhagischen Processen verhalte, zu denen er auch das Empyem rechnen wollte. In leichteren Fällen sei die Ausspülung, in schwereren die Auskratzung angezeigt.

Roth berichtet über 13 Fälle meist dentalen Ursprungs, bei denen er die Diagnose durch Probepunction vom mittleren Nasengang aus sicher stellte. Die

... als unsicher und schwierig auf-
... Methode zu, erzielte aber nur
... chsäge und Meissel. ...
... auswuchs ver...
... iden für an...
... die Mikulicz'sche Methode an,
... Heilung ermöglichte. In leichteren Fällen

... lenstein.
... ode.
... 6 jä...
... Fälle dentalen Ursprungs und macht auf die
... Antrums aufmerksam (wird demonstrirt). Er
... Antrums mit Hilfe eines Trocarts, legt eine
... aus und betupft die Schleimhaut der Höhle mit
... eines eigenen Watteträgers. Damit erzielte er fast
... Heilung.

... gegen die dentale Entstehung aus, da ja Wurzel-
... am Processus alveolaris so oft ohne Empyema vor-
... Cooper und legt eine grosse Oeffnung an.
... eingreifenden Methoden, besonders aber vor der
... Knochenleiden der Nase veranlassen könne,
... durch das Ostium maxillare; er verwendet dazu
... oft stark schmerze, aber öfters völlige Heilung
... zur unvollständige Heilung.
... 12 Fälle, darunter 9 dentalen Ursprunges. Er ope-
... mit einem eigenen Trepan, erhielt aber schlechte
... zur Cooper'schen Methode über, die ihm bessere Er-
... brachte.
... Endoscopie des Antrums.
... Auskratzung der Schleimhaut des Antrums in hart-
... die Drainage.
... über 6 Fälle: einer heilte nach Drainage, einer nach
... in Behandlung, einer wurde erst vor kurzem
... 2... Monaten in Behandlung, einer wurde erst vor kurzem
... vorderen Antrumswand operirt und bei 3 wurde nach
... der Schleimhaut mit dem scharfen Löffel ausgekratzt.
... 6 Monaten ist die Heilung vollendet und dann defini-
... oder fast völlig durch Knochenwucherung geschlossen
... nicht.

... mit Hinweis auf einen von Maydl erwähnten Fall,
... mit dem Empyem nichts zu thun hatte, und dass
... zwischen beiden Erkrankungen noch nicht er-

... P. Chiari die Ergebnisse der Discussion und hebt
... völlige Heilung durch Ausspritzung gewiss nicht die Regel
... sorgfältig gemacht werde. Man solle dann ent-
... einblasen oder mit Jodoformgaze tamponiren und in
... vor der Auskratzung nicht zurückschrecken.

CHIARI.

16) **Felix Semon** (London). **Ueber einige Punkte in der Aetiologie, Diagnose und Behandlung des Empyems des Antrum Highmori. (On some points in the etiology, diagnosis and treatment of empyema of the antrum.)** *Transactions of the Odontol. Society of Great Britain, November 1889, und Med. Press & Circular, 8. und 15. Januar 1890.*

Der am 4. November auf Wunsch des Präsidenten der Odontological Society of Great Britain vor derselben gehaltene Vortrag bildet nur ein Resumé des gegenwärtigen Standes der Frage und bringt ausser Berichten über die eigenen Erfahrungen des Vortragenden nichts Neues. — Die Discussion, die sich an den Vortrag anschloss und an der sich die Herren Christopher Heath, Greville Macdonald u. a. betheiligten, förderte ebenfalls nichts Neues zu Tage.

AUTOREFERAT.

17) **Wiebe** (Dresden). **Das Empyem der Kieferhöhle.** Sonderabdruck aus dem *Corresp.-Bl. d. sächs. ärztl. Kreis- u. Bezirksvereine. XLVII. No. 11. 1889.*

Aus dem Vortrag, in welchen 5 eigene Fälle von Empyem der Kieferhöhle aufgenommen sind, möge als besonders interessant eine Bemerkung über die Durchleuchtung des Oberkiefers hervorgehoben werden. W. hat gefunden, dass auch bei gesunden Personen die Durchleuchtung ein sehr verschiedenes Resultat giebt. In einem Fall von einseitigem Empyem erschienen sowohl vor der Eröffnung und Durchspülung der Höhle als nach derselben die beiden Kieferhöhlen ganz dunkel. W. nimmt an, dass entweder die Alveolarbucht der Highmorshöhle nicht vorhanden war oder der Knochen ein dichteres Gefüge besass, welches das Licht schwer durchliess.

SEIFERT.

18) **Hartmann** (Berlin). **Zur Casuistik der Highmorshöhlenempyeme.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. 1889.*

Ein 32jähriger Kaufmann bekam im August 1888 blutigen Auswurf, der auf eine Lungenaffection bezogen wurde. Unter Nasendouchen verloren sich die Blutungen, es trat übelriechende Absonderung aus der Nase ein. H. sah gelbliches Secret im rechten mittleren Nasengang und stellte die Diagnose auf Empyem der Highmorshöhle. Nun stellte sich heraus, dass der blutige Auswurf nach dem Plombiren des zweiten rechten oberen Molarzahns aufgetreten war. Extraction des Zahns, Anbohren der Höhle und Ausspritzung brachten bald Heilung. In zwei anderen Fällen gelang die Heilung durch Ausspritzen vom mittleren Nasengang aus ohne Operation.

LANDGRAF.

19) **Pfeilsticker** (Hall). **Erfahrungen über das Empyem der Oberkieferhöhle.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 36. 1889.*

Mittheilung über 4 Fälle von Empyem der Oberkieferhöhle, in welchen die Erkrankung von Zahncaries ausgegangen war. Die Behandlung bestand in Entfernung der kranken Zahnwurzel und Anbohrung des Alveolarfortsatzes von der Alveole des extrahirten Zahnes aus. Völlige Heilung in allen Fällen.

SEIFERT.

20) **B. B. R. Spitzer** (Grusbach, N.-Oesterreich). **Empyem der Highmorshöhle, veranlasst durch Hineinwachsen eines Mahlzahnes in dieselbe.** *Wiener med. Wochenschr. No. 49. 1889.*

Eine seit 10 Tagen (bei einem 10jährigen Mädchen) aufgetretene Eiterung in der rechten Highmorshöhle hatte schon den Gaumen vorgewölbt und sich an der Wange spontan nach aussen geöffnet, als S. nach Extraction des ersten cariösen Mahlzahnes die Höhle eröffnete und zwar durch den Alveolus. Doch hörte der eitrige Ausfluss trotz Auskratzung der Wangenfistel nicht auf, ehe nicht durch die vergrösserte Lücke im Alveolus ein wurzelloser, frei in der Highmorshöhle liegender Milchmahlzahn entfernt worden war. Derselbe hatte offenbar das acute Empyem veranlasst.

CHIARI.

21) **Jelenffy. Ueber Ausspülung der Oberkieferhöhle. — Zur Frage der Ausspülung der Highmorshöhle.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 11 und 35. 1889.*

J. will die künstliche Eröffnung des Antr. High. beschränken auf die Fälle, in denen es nicht gelingt, durch sein Verfahren den Ausfluss zu ermöglichen, und auf die Fälle, in denen schnelle Hilfe nothwendig ist (Ziem's Glaucomfall). Er weist darauf hin, dass man durch entsprechende Lagerung die natürliche Oeffnung zur tiefsten Stelle machen könne. Er lagert den Kranken zunächst mit etwas herabhängendem Kopf auf die gesunde Seite, um etwaigem Secret Zeit zum Ausfliessen zu lassen; füllt dann nach Ausschnauben der Nase mit seinem Nasenrachenspüler die Nase unter stetem Gaumenverschluss und in Rückenlage. Dann lässt er die Nasenöffnung mit dem Finger schliessen und den Kranken auf die kranke Seite sich legen, um die Flüssigkeit in die Höhle hineinfliessen zu lassen. Eventuell ist das Verfahren mehrmals in den ersten Tagen zu wiederholen.

Auch wenn, wie Neumann fand, nur bei ausnahmsweiser Weite oder bei Vorhandensein accessorischer Oeffnungen ein Eindringen von Flüssigkeit möglich sei, soll zunächst immer dies Verfahren versucht werden, da nach Zuckerkandl derartige accessorische Oeffnungen in 10 pCt. aller Fälle vorkämen. Der Verschluss des Gaumens wird dadurch bewerkstelligt, dass der Kranke durch eine enge Mundöffnung blasen und Luft einziehen muss. Auch bei von der Nase her angelegter künstlicher Oeffnung ist das Verfahren sehr empfehlenswerth.

LANDGRAF.

22) **Friedländer. Zur Therapie des Empyema antri Highmeri.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 37. 1889.*

Aetiologisch liessen sich sowohl Erkrankungen der Nasenschleimhaut, als der Zähne feststellen. Das relativ sicherste Symptom ist die isolirte Eiterung aus dem mittleren Nasengang. Da das Lumen manchmal verlegt ist, muss man die dasselbe verschliessenden Schwellungen mit der Sonde abdrängen. Wo kein Eiterausfluss besteht, ist es das Natürlichste, nach Bachmann am Hiatus semilunaris ani eine Probeausspülung vorzunehmen, resp. Probepunction. In der Behandlung hat Krause, aus dessen Klinik die Arbeit stammt, insofern eine Aenderung eingeführt, als er statt der wiederholten Ausspritzungen nunmehr eine trockene Behandlung einleitet, indem er nach einmaliger gründlicher Ausspülung

durch seinen Trocart hindurch vermittelst des Kabierske'schen Apparates Jodoform oder Jodol einbläst. Einige Fälle heilten so in relativ kurzer Zeit.

LANDGRAF.

23) **Link** (Lemberg). **Zur Behandlung des Empyems der Highmorshöhle.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1889.*

L. berichtet über 6 Fälle, die er nach Mikulicz behandelte und heilte. Er weist auch auf die Gefahrlosigkeit der Operation hin und wundert sich, dass bei der Discussion (s. oben) nur über wenig völlige Heilungen nach Mikulicz berichtet wurde. Da nun Urbantschitsch, Krause und Friedländer öfters unvollständige Heilungen nach der Mikulicz'schen Methode sahen, so müssen erst weitere Berichte über den Werth der Methode abgewartet werden; jedenfalls aber scheint diese Methode auch öfters Misserfolge aufzuweisen, wie das ja analog den anderen Ausspritzungsmethoden zu erwarten war.

CHIARI.

24) **Lücke** (Strassburg). **Ein Fall von Angioma ossificans in der Highmorshöhle.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 30. 1. 2. 1889.*

Bei einem 21jährigen Mädchen war ein von der hinteren Wandung der Highmorshöhle in der Gegend des Gefässeintrittes der Maxillaris interna ausgehendes Angiom in den Hohlraum des Oberkiefers eingedrungen und hatte die Höhle nach Art der darin entstehenden Cysten expandirt; dieses Angiom war verknöchert, ohne dabei sein Wachsthum einzubüssen, und stellte eine fast völlig knöcherne Geschwulst mit grossen Gefässräumen dar, welche, mit ziemlich breiter Basis hinten aufsitzend, nach vorn frei in die Oberkieferhöhle hineinwuchs. Die Entfernung gelang nach Aufklappen der vorderen Wand der Highmorshöhle.

SEIFERT.

25) **Bland Sutton** (London). **Tumor des N. infraorbitalis. (Tumor of infraorbital nerve.)** *Brit. Med. Journ. 30. November 1889.*

Vortrag, gehalten in der Clinical Society of London am 22. November 1889. Geschichte des Falles einer Frau, die an fürchterlicher Neuralgie litt, welche anfänglich schlechten Zähnen zur Last gelegt wurde. Nachdem aber Dislocation eines Auges eingetreten und die von den Nn. palpebrales, nasales und labiales des Infraorbitalis derselben Seite versorgte Haut anästhetisch geworden war, wurde die Diagnose auf einen Tumor des letzteren gestellt, das betreffende Antrum eröffnet und in der That ein von dem N. infraorbitalis ausgehender, gelappter Tumor (Myxom) in demselben gefunden, welcher die ganze Höhle ausfüllte. Die ganze Maxilla inferior wurde nunmehr entfernt, das Meckel'sche Ganglion blosgelegt und mit dem Thermocauter zerstört. Vollständige Genesung folgte. — Die Discussion förderte nichts Besonderes zu Tage.

SEMON.

26) **W. C. Sillar. Eiter in der Stirnhöhle, gefolgt von Abscess des Stirnlappens, der vor dem Tode entleert wurde. (Pus in the frontal sinus followed by abscess of the frontal lobe, which was evacuated before death.)** *Edinburgh Med. Journ. August 1889.*

Der Fall wurde in der Royal Medical Society mitgetheilt. Der Patient starb 24 Stunden nach der Entleerung des Hirnabscesses.

P. M'BRIDE.

27) **Grossmann. Cyste des Sinus frontalis. (Cyst of frontal sinus.)** *Liverpool Med. Chir. Journ. Juli 1889.*

Die Cyste, die einen colloiden, honigartigen Inhalt hatte, verursachte eine Hervorwölbung des linken Auges nach vorn, unten und aussen. Die Cyste wurde geöffnet und ein Drain nach der Nase zu eingelegt. P. M'BRIDE.

28) **Wotruba** (Graz). **Ueber ein Cholesteatom im Stirnbein.** Aus Wölfler's Klinik. *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1889.*

W. glaubt, dass diese seltenen Geschwülste angeboren sind. Die gänseeigrosse Geschwulst sass nach aussen und oben vom Augapfel, hatte auch die innere Hälfte des Stirnbeins theilweise usurirt und war mit der Dura verwachsen. Operation. Heilung ohne Complication. Die Geschwulst war vor 7 Jahren bei dem jetzt 22jährigen Patienten bemerkt worden. CHIARI.

29) **Bessel-Hagen** (Heidelberg). **Zur Kenntniss der Stirnhöhlenosteome.** 62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg 1889. *Centralbl. für Chirurgie. 50. 1889.*

26jähriges Mädchen, bei welchem zur Zeit der Operation der Supraorbitalrand nach vorn aufgetrieben, der linke Bulbus nach vorn und unten verdrängt war. Durch die Operation wurde eine 5 Ctm. breite, $2\frac{1}{2}$ Ctm. hohe und in sagittaler Richtung $3\frac{1}{4}$ Ctm. lange Geschwulst entfernt, die sich als ein Osteom erwies. SEIFERT.

30) **Herold** (Dingelstädt). **Ueber einen Fall von Endothelialsarcom der Stirnhöhle.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1889.

Bei einem 58jährigen Manne hatte sich in der rechten Stirngegend ein weicher, grosser Tumor entwickelt, der das rechte Auge nach vorn, aussen und unten verdrängt hatte. Der Tumor konnte nur zum Theil auf operativem Wege entfernt werden, da derselbe in den rechten Stirnlappen hineingewachsen war. Einige Stunden nach der Operation erfolgte der Exitus. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um ein zellenreiches, rundzelliges Endothelialsarcom handelte, das wahrscheinlich von der Stirnhöhle ausgegangen war. SEIFERT.

## c. Mundrachenhöhle.

31) **P. Cogo. Zeugnisse für die Wirksamkeit der Cauterisation bei Angina und Croup.** Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. (**Prove dell' efficacia della cauterizzazione dell' angina e del crup.** Seconda edizione aumentata di nuovi fatti.) Padua, typ. Giammartini. 1889.

Nicht zugänglich. CARDONE.

32) **Battle** (London). **Fall von Gaumentuberculose. (Case of tuberculosis of the palate.)** *Brit. Med. Journ. 30. Nov. 1889.*

Beschreibung eines Falles von Gaumentuberculose bei einer verheiratheten

Frau vor der Med. Society of London am 25. November 1889. Die Patientin war schon früher demonstrirt worden. Die am harten Gaumen befindliche Ulceration war ganz kürzlich mittelst der Curette und Milchsäureapplication behandelt worden. — In der Discussion, an der sich der Präsident (Dr. Theod. Williams), der Herausgeber, Mr. Campbell, Mr. Clutton und Mr. Sainsbury betheiligten, bemerkte der Herausgeber mit Bezug auf die lebhaft rothe Färbung der vorgelegten Illustrationen der afficirten Theile, dass seiner Erfahrung nach gerade der hochgradige Pallor der Theile in solchen Fällen äusserst charakteristisch sei. worauf Mr. Clutton erwiderte, dass die Farbe der Theile je nach der Periode des Leidens von Röthung bis zur Blässe wechsle. (Ob das wohl die allgemeine Erfahrung ist? Ref.) SEMON.

33) **Fournier. Schwierigkeiten der Diagnose des syphilitischen Schankers. — Gummata des Gaumensegels. — Behandlung des einfachen Schankers. (Difficultés du diagnostic du chancre syphilitique. — Gommes du voile du palais. — Traitement du chancre simple.)** Clinique de l'Hôp. St. Louis in: *Journ. de méd. et de chir. prat. Juli 1889.*

Der Verf. beschäftigt sich u. A. mit den zwei Formen (circumscript und diffus) von Gumma des Gaumensegels. Er beschreibt ihren Verlauf und ihren Ausgang. E. J. MOURE.

34) **S. Loving. Acute folliculäre Tonsillitis. (Acute follicular tonsillitis.)** *Columbus Med. Journ. August 1889.*

Dieselbe ist eine eigene Krankheit, entstehend aus einer specifischen Ursache; sie sollte in der Classification der Krankheiten einen eigenen Platz haben und wäre es aus keinem anderen Grunde, als um sie von der Diphtherie zu unterscheiden, mit der sie so oft verwechselt wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **Metzner** (Halle). **Ein Fall von mycotischer Mandelentzündung mit tödtlichem Ausgang.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. 1889.*

Geschichte und Obductionsbericht eines Falles, in dem sich von einem Abscess in der linken Tonsille ausgehend eine Eiterung längs des Oesophagus, Mediastinum anticum und posticum fortgepflanzt, zu doppelseitiger eiteriger Pleuritis geführt und so den Tod herbeigeführt hatte. In dem Eiter und in Tonsillarschnitten fanden sich Staphylococcen und Streptococcen. LANDGRAF.

36) **Fidalgo** (Madrid). **Contagiöse Mundentzündung. (Estomatitis contagiosa.)** *Revista de Sanidad Militar und Revista de Med. y Cir. Prácticas. September 1889.*

In einem Infanterie-Bataillon, das von Burgos nach Sorin marschirte, wurden am letzten Marschtage einige mundkranke Soldaten beobachtet; 3—4 Tage nach der Ankunft meldeten sich viele Kranke, und als nun Revue gehalten wurde, stellten sich 60—70 Fälle heraus. Eine bestimmte Ursache konnte nicht eruirt werden. Die Behandlung bestand in Borsäurewasser und Betupfen mit Salzsäure. Verf. erwähnt noch, dass er 1875 in Madrid eine epistratiotische Mundkrankheit beobachtet, deren Ursache jedoch damals in der auffallenden Weisse des Brotes

gefunden wurde, das man mit derselben mineralischen Substanz behandelt hatte, mit der man die Häuser weiss tüncht. SENTINON.

37) **G. J. Boucsein. Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *Internat. Journ. of the med. sc. October 1889.*

Eine sorgsame Untersuchung von 43 Fällen; die laufende Literatur wird genügend berücksichtigt, irgend etwas Neues freilich wird nicht gesagt.

P. M'BRIDE.

38) **Haberkorn** (Glogau). **Die Behandlung der acuten Mandel- und Rachenentzündungen, einschliesslich der diphtheritischen.** *Deutsche Med.-Zeitung. No. 91. 1889.*

Ergänzung einschlägiger Mittheilungen (vgl. No. 69 dieser Nummer). Statt der Gurgelwässer, denen H. keine grosse Bedeutung zuschreibt, empfiehlt er eine Schüttelmixtur mit Acid. salicylic. (2,0 auf 180,0 Aq. 10,0 Gi. arab.), von der 2stündlich 1 Esslöffel voll genommen werden soll bei den einfachen acuten Mandel- und Rachenentzündungen. Bei Diphtheritis sollen die Salicylsäurecrystalle in die Auflagerungen mit dem Pinsel eingedrückt werden.

SEIFERT.

39) **De la Sota y Lastra** (Sevilla). **Ueber die Mandelhypertrophie. (De la hipertrofia de las amigdalas.)** *Revista de med. y cir. prácticas. Nov. 1889.*

Ein in der Poliklinik der med. Schule zu Sevilla gehaltener Vortrag, aus dem nur hervorzuheben ist, dass Verf. die bis dahin von ihm geübte Amygdalotomie (bei 36 von 193 in die Poliklinik gekommenen Kranken, während die doppelte Anzahl sich die Operation nicht gefallen lassen wollte) im December 1887 verlassen hat, als ihm die erste schwere Blutung bei derselben vorkam, und nun seit der Zeit die Aetzung mit dem Thermocauter anwendet. Der erste Kranke, den er damit behandelte, war derselbe, dessen linke Tonsille beim Schnitt die gefährliche, nur durch Compression der Carotis zum Stehen gebrachte Blutung veranlasst hatte; darauf wurde die rechte Mandel in 10 Sitzungen (vom 13. December 1887 bis 3. Februar 1888) mit dem Thermocauter zur Norm zurückgeführt. Seitdem hat Verf. noch 25 Kranke so behandelt, von denen 13 geheilt entlassen wurden (1 nach 1, 2 nach 2, 2 nach 3, 3 nach 4, 2 nach 5, je 1 nach 7, 8 und 9 Aetzungen) und 10 sich noch in Behandlung befanden, während die beiden übrigen nach der 1. resp. 2. Aetzung nicht wiederkamen. Die Berührung der hypertrophirten Mandel mit dem glühenden Instrument ist so wenig schmerzhaft, dass weder Cocain, noch der Moure'sche Knebel zur Anwendung kam. Die Aetzung wird erst nach 8—10 Tagen wiederholt. SENTINON.

40) **Moritz Schmidt** (Frankfurt a. M.) **Ueber die Schlitzung der Mandeln.** *Therapeut. Monatshefte. 10. 1889.*

Um die Lacunen der Tonsillen in offene Rinnen zu verwandeln, die durch jeden Schluckact gereinigt werden, empfiehlt M. Sch. das von Hoffmann angegebene Verfahren der Schlitzung der Mandeln. Er benutzt dazu ein Schielhäkchen, mit dem man in die Lacunen der Mandeln eingeht und die mediale Wand der Lacunen einreisst, indem man zuerst das stumpfe Ende unten durch-

drückt und dann mit einem raschen Ruck die gebildete Brücke durchreisst. Auf solche Weise wird den acut und chronisch entzündlichen Zuständen, die so häufig von den Secretpfröpfen in den Lacunen ausgehen, Einhalt gethan.

SEIFERT.

41) **Z. Dmochowski** (Warschau). **Ueber secundäre Tuberculose der Tonsillen und der Balgdrüsen der Zunge bei Phthisikern. (O wtórnem cierfleniu migdalków gardzielowzch i gruchołów woreczkowatzch u suchotuchów.)** *Gazeta lekarska. No. 1889.*

Auf Grund von 15 Untersuchungen, die unter Leitung des Prof. Przewoski im anatomisch-pathologischen Institut der Warschauer Universität ausgeführt wurden, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Eine secundäre tuberculöse Erkrankung der Mandeln ist sehr häufig.
2. Fast ebenso häufig ist die Erkrankung der Balgdrüsen der Zunge.
3. Höchst wahrscheinlich erfolgt die Infection von der Mundhöhle aus.
4. Die Tuberkelbacillen erzeugen nach ihrem Eindringen in die Krypten und die Balgdrüsen zuerst oberflächliche, im Epithel und in den oberen Schichten stattfindende Veränderungen, dringen später in die Lymphsinus, dann in die Follikeln ein, wo sie die Tuberkelbildung anregen.
5. Die tuberculöse Entzündung führt zur Ulceration. In den Mandeln befinden sich die Geschwüre in den Krypten, in keinem Falle sah Verf. Geschwüre an der Oberfläche der Mandeln. In den Balgdrüsen dringen die Geschwüre von der Tiefe bis zum Ausführungsgang und verbreiten sich von da auf der Schleimhaut der Zunge. In einigen Fällen beobachtete Verf. Cavernenbildung in den Mandeln. HERYNG.

42) **Schiffers** (Lüttich). **Vorzeigen von microscopischen Präparaten von Pharyngomycosis leptothrix. (Demonstration des préparations microscopiques de pharyngomycosis leptothrix, à la Société Medico-Chir. de Belge.)** *Bulletin de la séance ordinaire du jeudi 1. août 1889.*

Die Mycose hatte sich an der Zungenbasis und der Epiglottis, sowie hauptsächlich an den Mandeln entwickelt und bietet die bekannten Eigenschaften dar.

BAYER.

43) **O. Chiari** (Wien). **Ueber die Localisation der Angina phlegmonosa.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 43. 1889.*

Auf Grund von 38 Fällen eigener Beobachtung und mit Berücksichtigung der Literatur wird als der häufigste Sitz dieser Entzündung das Spatium pharyngo-maxillare nach Linhart und O. Zuckerkandl nachgewiesen. Dieses Spatium liegt nach aussen von der Mandel, nach innen von dem M. pterygoideus internus und ist vorne und hinten von den Gaumenbogen begrenzt. Der spontane Durchbruch erfolgt meist durch den vorderen Gaumenbogen, und die Incision wird in der Mitte einer Linie von der Basis der Uvula zum letzten oberen Mahlzahn vorgenommen. Diese Incision muss gerade nach hinten 1 bis 2 Ctm. tief ausgeführt werden und bringt keine Gefahr einer Gefässverletzung mit sich. Die Eiterung hat nämlich ihren Sitz in dem vorderen Abschnitt des Spatiums, in dem

keine Gefässe verlaufen. In seltenen Fällen erfolgte der Eiterdurchbruch nahe dem Unterkiefer oder durch den hinteren Gaumenbogen, aber ebenfalls noch im Bereiche des Spatiums. Zum Nachweis der Eiterung kann in zweifelhaften Fällen die Probepunction verwendet werden. Manchmal setzt sich die Entzündung nach unten, längs des M. pterygoid. int. und des Sternocleidomastoid. fort. Alle diese Vorkommnisse lassen sich aus den anatomischen Verhältnissen des Spatiums ungezwungen erklären. Schliesslich wird die frühzeitige Incision empfohlen.

AUTOREFERAT.

44) **Helbing. Zur Behandlung der Pharyngitis phlegmonosa.** *Münchener med. Wochenschr. No. 41. 1889.*

Bei der grossen Schmerzhaftigkeit der Phar. phlegm. erscheint der Versuch mit Abortivmitteln mehr als berechtigt. H. empfiehlt als solches Abortivmittel die Einreibung einiger (3—4) Tropfen Crotonöl in den Unterkieferwinkel der erkrankten Seite sofort nach dem Auftreten der ersten Halsbeschwerden. Er fand das Mittel ausgezeichnet wirksam in 10 Fällen; die eczematöse Entzündung der eingeriebenen Stelle heilt nach 5—8 Tagen und ist jedenfalls nicht so lästig, als wenn die Phar. phlegm. sich zu voller Höhe entwickelt hätte. SCHECH.

45) **Lennander** (Schweden). **Fälle von Pharynxerysipelas. (Fall af faryaxerysipelas.)** *Upsala Läkareforenings Förhandlingar. Bd. XXIV. pag. 530—585. 1888—1889.*

In dieser sehr interessanten Arbeit theilt der Verf. 2 Fälle von primärem Pharynxerysipelas mit und fügt daran 7 Fälle von Pharynxerysipel, die in der von Prof. Henschen geleiteten medicinischen Abtheilung des Lazareths innerhalb einiger Wochen und nur in 2 Krankensälen der Lazarethabtheilung auftraten. Die 2 ersten Fälle betrafen 2 Assistenzärzte, die plötzlich mit starken Anginasymptomen erkrankten. Der Process verbreitete sich von hier durch die Tuba Eustachii nach dem Mittelohr, und ein typisches Gesichtserysipel, von dem Ohrgange ausgehend, schloss die Sache ab. — In 2 von den übrigen 7 Fällen ging der locale Schlundprocess Hand in Hand mit einem secundären Gesichtserysipel, und die Diagnose wurde dadurch festgestellt. — Was die letzten 5 Fälle betrifft, kam es nur zur Entwickelung der Schlundkrankheit. In einem dieser Fälle (Carl H.) handelte es sich (nach dem Verf.) um eine Mischinfection, insofern eine phlegmonöse Infiltration der Mucosa des Schlundes und Larynx dem primären als Pharynxerysipel sich anschloss, und den Patient im Laufe von 3 Tagen tödtete. — Uebrigens bemerkt der Verf., dass es nicht absolut sicher ist, dass man überhaupt in diesen 5 Fällen mit Pharynxerysipel zu thun hat, und dass man diese Diagnose höchstens als eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose in diesen Fällen ansehen darf. Für den erysipelatösen Charakter spricht insbesondere der Umstand, dass die Krankheit bei Patienten auftrat, die in denselben Räumen, wo typisches Pharynx- und Gesichtserysipel zur selben Zeit ausbrach, gelagert waren.

Er giebt die Geschichte des Erysipelas und bespricht die neueren Arbeiten über primäres Pharynxerysipel (Cardone, s. Intern. Cbl. f. Laryngol. V. 5. 23). Er stellt sich auf die Seite Virchow's und Guttmann's, wenn diese die von

Senator beschriebene acute infectiöse Phlegmone des Pharynx als eine erysipelatöse Entzündung des Pharynx und Larynx betrachten.

Schliesslich theilt der Verf. noch einen Fall von Pharynxerysipel mit. Es betraf ein Kind, das im Mai 1885 im Kinderspital zu Stockholm wegen Cervicalspondylitis behandelt wurde; plötzlich bekam es Fieber mit starker Röthung im Schlund und Mund, wozu sich ein Gesichtserysipel anschloss; die Krankheit wurde geheilt. SCHMIEGELOW.

46) N. Tschernjajew (Petersburg). **Die morphologischen Veränderungen im Pharynx bei Scharlach und bei Diphtheritis. (K woprosu o morphologitscheskich ismeneniach sewa pri scarlatine i diphtherite.)** *Geschen. klin. Gaz. No. 9. 1889.*

Verf. hat bei der sog. Scharlachdiphtheritis und der Diphtheritis die Veränderungen der Schleimhaut des Pharynx mikroskopisch untersucht und findet: bei Scharlach:

1. eine verbreitete, tiefgehende Entzündung, die sich durch keine spec. morphologischen Elemente von gewöhnlichen Schleimhautentzündungen auszeichnet.
2. Diese Entzündung kann sich auch auf den Larynx und die Trachea ausdehnen.
3. Die Beläge, die man bei Scharlachanginen findet, sind ein Product dieses entzündlichen Processes.
4. Die Grundsubstanz der erkrankten Organe nimmt keinen activen Antheil an der Entzündung.

Bei der Diphtheritis:

1. eine glasige Metamorphose der Schleimhaut mit Bildung eines specifisch diphtherischen Netzwerkes, das als Endprodukt der regressiven Metamorphose anzusehen ist. Diese Metamorphose ist nicht diffus, sondern inselförmig; dieselbe beginnt auf der Schleimhautoberfläche und breitet sich in die Tiefe aus. An solchen Stellen findet man alle Stadien der Metamorphose.
2. Der entzündliche Process in der Umgebung der Schleimhautnekrose ist eine secundäre Erscheinung und kann auch ganz fehlen.
3. Die Grundsubstanz der Schleimhaut geht zu Grunde.
4. Die Blutgefässe zeigen die hyaline Metamorphose. LUNIN.

47) Gonzalez Alvarez (Madrid). **Granulöse Pharyngitis und deren wirksamste Behandlung. (La faringitis granulosa y su más eficaz tratamiento.)** *Revista de Med. y Cir. Prácticas. August 1889.*

Beschreibung der Krankheit mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose anderen Granulationen gegenüber, und Empfehlung der Krishaber'schen Behandlung mittelst des Thermocauters. Zur Illustrirung ausführliche Mittheilung der Krankengeschichte der 27jährigen Schwester eines Collegen, der in 6 Sitzungen alle Granulationen mit der Krishaber'schen Nadel zerstört wurden

und die dann in 3 weiteren Wochen durch je zweimaliges Betupfen der verdickten Schleimhaut mit einer 3proc. Höllensteinlösung von ihrem chronischen Catarrh ganz befreit wurde. SENTINON.

48) **Kafemann. Ueber die gegenwärtige Therapie des chronischen Rachencatarrhs.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 40. 1889.*

K. verwirft die galvanocaustische Zerstörung der Granula und empfiehlt an deren Stelle, die Granula mit einem Instrument, das auf einer 2—3 Mmtr. im Durchmesser haltenden Grundfläche eine Reihe feiner, etwa 1 Mmtr. lange Zacken trägt, anzustechen und dann in die Stelle an einer Silbersonde geschmolzenen Höllenstein hineinzupressen. Dadurch wird jede schädliche Narbenbildung vermieden. LANDGRAF.

49) **Kafemann** (Königsberg). **Ueber die elektrolytische Behandlung des chronischen Rachencatarrhs.** *Deutsche Med-Ztg. 76. 1889.*

Als Vortheile der electrochemischen Aetzung, wie sie K. mit seinen (schon in einer früheren grösseren Abhandlung ausführlicher beschriebenen) Nadelelectroden ausführt gegenüber der galvanocaustischen Aetzung, führt K. die leichte Ausführbarkeit an und die noch mildere entzündliche Reaction. Als Effect solcher Aetzung zeigen sich 2 länglich ovale nekrotische Bezirke, der des positiven Pols, schwärzlich, fest und trocken, der des negativen, weisslich, weich und schmierig. Nach einigen Tagen präsentiren sich gesunde Granulationen und nach weiteren 8—10 Tagen ist durch Narbenbildung Verheilung eingetreten. SEIFERT.

50) **Herrmann Cohn. Die Pharyngitis chronica.** Dissertation. Berlin 1889.

Uebersichtliche Darstellung der Geschichte, des Wesens, der Ursachen und Erscheinungen der Pharyngitis chronica. Im therapeutischen Theile finden sich mehrere Krankengeschichten, in welchen der günstige Erfolg des von Weil empfohlenen Holzessigs constatirt wird. Derselbe bewährte sich besonders bei der hypertrophischen Form. Ueber das von Felsenburg empfohlene Extr. fluid. hydrast. canad. liegen noch nicht genügende Beobachtungen vor. SCHECH.

51) **Forest. Retropharyngealabscess. (Retro-pharyngeal abscess.)** *Philad. Med. News. 3. August 1889.*

Die Arbeit beschäftigt sich hauptsächlich mit der Diagnose, Symptomatologie und Behandlung dieser Affection. F. führt eine Anzahl beobachteter Fälle auf und berichtet in eingehender Weise über einen Fall von Collaps nach der Incision. Obgleich die Athmung ganz still stand, reinigte F. zuerst den Hals von Eiter und leitete dann die künstliche Athmung ein. Der Abscess füllte sich nicht von Neuem, aber das Kind starb am folgenden Tage an Erschöpfung. Zum Schlusse stellt F. fest, dass solche Abscesse als eitrige Lymphadenitis angesehen werden müssen; die Diagnose wird am besten mit dem Finger gestellt.

LEFFERTS.

52) **Mettenheimer** (Schwerin). **Retropharyngealabscess.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXX. 3. 1889.*

17 Wochen altes Kind, das zuerst wegen einer Vereiterung einer Drüse am

rechten Unterkieferwinkel in Behandlung gestanden hatte. Späterhin stellten sich Veränderungen der Stimme, Erstickungsanfälle ein, aber auffallenderweise erfolgte die Athmung lautlos, fast unhörbar.

Bei der Untersuchung ergab sich ein grosser Retropharyngealabscess, nach dessen Incision und entsprechender Nachbehandlung Heilung eintrat.

SEIFERT.

53) **E. Fraenkel. Ueber Rachenkrebs.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 38. 1889.*

Nach einer Betonung der Seltenheit des primären Rachenkrebses giebt Verf. 3 Krankengeschichten eigener Beobachtung: 1) 40jähriges Fräulein, seit 7 Monaten Schluckbeschwerden. Geschwür mit harten Rändern und speckigem Grunde an der hintern Rachenwand gegenüber dem Kehlkopfeingang. Excision eines Stückes vom Rande des Geschwürs. Microscop.: Cancroid. Oesophagusfistel. Mors nach wenig Wochen. Keine Autopsie. 2) 46jährige Frau, Febr. 1888 mit Heiserkeit erkrankt; später Schlingbeschwerden und Kurzathmigkeit. Diagnose: Perichondr. aryt. e causa ignota. Tracheotomie. Besserung des Schluckens. Drüsenschwellung der rechten Halsseite mit diffuser Infiltration. Zeitweilige Anfälle von Dyspnoe. Laryngofissur 19. Novbr. Mors 14. Decbr. Obduction: Ulcerirter krebsiger Tumor an der vorderen und rechten hinteren Rachenwand. Mm. crico-aryt post. total zerstört. Ringknorpelplatte mehrfach blossliegend. Abscess neben dem Kehlkopf in den rechten Sin. pyriform. mündend. 3) Maurer, erkrankt Herbst 1887 mit Husten und Appetitmangel. Sommer 1888 heiser. Nachtschweisse. Laryngostenose. Drüsen am Halse. Fieber. 6. October: Tracheotomie. 8. Januar: Tuberkelbacillen im Sputum. 25. und 27. Januar: Haemoptoe. Mors. Obduction: Phthisis pulm. Rachengeschwür an der vorderen rechten Rachenwand mit Uebergreifen auf Larynx.

Verf. schliesst, dass primärer Krebs des Rachens unter Umständen ausserordentlich schwer, mitunter überhaupt nicht diagnosticirbar, da die Schulsymptome fehlen und vor den vom Larynx ausgehenden Symptomen zurücktreten können. Nur die Diagnose der Krebse der hinteren Rachenwand bietet keine wesentliche Schwierigkeit; als wichtigstes diagnostisches Moment muss die mikroscopische Untersuchung bezeichnet werden.

LANDGRAF.

54) **v. Kostanecki** (Berlin). **Zur Kenntniss der Pharynxdivertikel des Menschen mit besonderer Berücksichtigung der Divertikelbildungen im Nasenrachenraum.** *Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 117. 1. 1889.*

Die Studien K.'s gehen darauf aus, das Verhältniss der lateralen Divertikelbildungen im Pharynx resp. Nasenrachenraum zu den einzelnen Kiemenfurchen festzustellen.

Zu den divertikelartigen Bildungen im Bereich der ersten Kiemenfurche rechnet K. die von Virchow, Zuckerkandl, Kirchner, Brösike beschriebenen Divertikel (ventrale oder Hypopharyngealdivertikel), in den Bereich der zweiten Kiemenfurche würde gehören das Perlik'sche Divertikel, die Fossa supratonsillaris (His), Watson's, Neuhofer's und Schrötter's, sowie die überwiegende Mehrzahl der vollständigen und inneren unvollständigen Halskiemen-

fisteln, in den Bereich der dritten und vorderen Kiemenfurche Wheeler's innere unvollständige Fistel (laterale oder Parapharyngealdivertikel). Ausser Beziehung zu den Kiemenfurchen stehen die dorsalen oder Retropharyngealdivertikel dicht oberhalb des Eingangs in den Oesophagus, die Bursa pharyngea embryonalis und die Pseudobursa des Erwachsenen (Suchannek) durch pathologische Vorgänge in der Rachentonsille bedingt.

Die Formen von Divertikelbildung, wie deren Kirchner eines beschrieben hat, sieht K. nach seinen Untersuchungen nicht als Tractionsdivertikel (durch Zug der dilatirten Tubae an der durch pathologische Processe nachgiebig gewordenen Tubenwand) an, sondern als Pulsionsdivertikel. SEIFERT.

## d. Diphtheritis und Croup.

55) **Langstein** (Teplitz in Böhmen). **Ueber Diphtherie und ihre Therapie.** *Prager med. Wochenschr. No. 31, 33 u. 34. 1889.*

L. giebt in einem Vortrage eine Uebersicht über unsere Kenntnisse von dieser Krankheit und ihrer Behandlung. Seine Ausführungen über Symptome, Verlauf und Prognose bringen nichts Neues; L. hält Croup nur für eine mildere Form der Diphtherie. Was die Therapie anlangt, so räth er Aetzungen mit dem Lapisstift an, so lange es möglich ist, alles Erkrankte zu verschorfen und die Umgebung zu schonen.

Sind diese nicht anwendbar, sei es wegen Unruhe der Kranken oder zu grosser Ausbreitung der Belege, so sind Gurgelungen, Einspritzungen, Einblasungen und Einathmungen zu verwenden. Er zählt dabei ziemlich cursorisch alle möglichen Mittel auf. Endlich wendet er sich der Allgemeinbehandlung zu, bei der man Chinin, Wein und Roborantia zu geben hat; besonders günstige Erfolge weise die hydropathische Behandlung au.

Im Ganzen enthält der Vortrag nichts Neues, auch keinen Bericht über eigene Erfahrungen, aber eine fleissige Zusammenstellung der meisten Heilmittel. CHIARI.

56) **Gaucher. Neue Beobachtungen über die Behandlung der Diphtherie. (Nouvelles observations sur le traitement de la diphthérie.)** Soc. méd. des hôp. in: *La Tribune méd. 29. August 1889.*

Verf. hat seine alte Formel etwas abgeändert und empfiehlt jetzt eine neue Phenol-Campher-Lösung zum Bepinseln. E. J. MOURE.

57) **W. C. White. Ein Lösungsmittel für diphtherische Membranen. (A solvent for diphtheritic membrane.)** *New England Medical Monthly. 15. August 1889.*

Schwefelcalcium. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

58) **J. F. Snyder. Zur Behandlung der Diphtherie. (On the treatment of diphtheria.)** *North American Practitioner. Chicago. August 1889.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **Gauthier. Untersuchungen über die Sauerstoffinhalationen bei Diphtherie. (Étude sur les inhalations d'oxygène dans la diphthérie.)** *Thèse de Paris. 1889.*

Verf. rühmt diese Inhalationen, deren Allgemeinwirkungen vortreffliche seien.

E. J. MOURE.

60) **Rondet** (Bordeaux). **Die Behandlung der Diphtherie durch locale und allgemeine Antisepsis mit Sublimat. (Traitement de la diphthérie par l'antisepsie locale et générale au moyen du bichlorure de mercure.)** *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux. No. 33. 18. August 1889.*

Der Titel sagt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

61) **Chantemesse** und **Vidal. Die rationelle Behandlung der Diphtherie. (Le traitement rationel de la diphthérie.)** *La Tribune méd. 11. Juli 1889.*

Die drei einzigen Verbindungen, die die Vermehrung der Keime hemmten, waren: der Naphtholcampher, die Soulez'sche Lösung und eine 3. Lösung, die der letztgenannten analog ist. Pinseln mit diesen Substanzen dürfte danach gute Resultate geben. E. J. MOURE.

62) **E. May** (Hanvell). **Die Diphtheritis und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Lancet. 17. August 1889.*

In einem Briefe an den Herausgeber schildert M. die Behandlungsmethode, die er selbst seit 35 Jahren mit vollem Erfolge in Gebrauch hat. Er meint, die krankhaften Auflagerungen müssten abgerieben und bei jedem Besuche entfernt werden; danach ist jedesmal ein starkes Antisepticum zu appliciren, während zu gleicher Zeit alle excretorischen Organe zu lebhafter Thätigkeit angeregt werden müssen. MACKENZIE-JOHNSTON.

63) **Hutinel** (Paris). **Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphthérie.)** *Le Practicien. 3. August 1889.*

Eine Vorlesung über die Behandlung der Diphtherie, die nur Bekanntes zusammenfasst. E. J. MOURE.

64) **Gaucher. Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphthérie.)** **Soc. méd. des hôpitaux. Paris. 9. August 1889.**

G. wendet zum Einpinseln folgende Lösung an:

| | |
|---|---|
| Camphor . . . . | 20,0. |
| Ol. Ricini . . . . | 15,0. |
| Alcohol . . . . . | 5,0. |
| Ac. carbolicum . | 5,0. |
| Ac. tartaricum . . | 1,0. |

Er will damit eine Mortalität von nur 7 pCt. haben! E. J. MOURE.

65) **Leonhardt** (Braunschweig). **Grundzüge zu einer programmmässigen Behandlung der Diphtherie und des Croup.** *Deutsche Med.-Ztg. 89, 90. 1889.*

Möglichst frühe, dreiste und allseitige Anwendung mittlerer und grösserer Dosen der grauen Quecksilbersalbe zur Schmierkur. SEIFERT.

66) **Bloch** (Pilsen). **Einige Reflexionen über die locale Behandlung der Rachendiphtherie.** *Prager med. Wochenschr. No. 28. 1889.*

B. spricht sich gegen die Bepinselungen bei Rachendiphtherie aus und zwar aus folgenden schon lange bekannten Gründen: Man kann nicht alle Belege entfernen, man verletzt oft die gesunde Schleimhaut und schafft dadurch Eingangspforten für das Virus in den Kreislauf, man quält damit die Kranken und erzielt endlich, soweit er aus seiner Praxis schliessen kann, schlechtere Resultate, als mit desinficirenden Mund- und Gurgelwässern und Einspritzungen. Er selbst hatte mit letzterer Behandlungsweise seit Jahrzehnten sehr gute Erfolge.

CHIARI.

67) **Burghardt** (Wien). **Zur Therapie der Diphtheritis.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 39 u. 40. 1889.*

B. bläst eine Mischung von Schwefelblumen und Sulfas Chinini aa partes aequales 2 mal täglich in Rachen, Kehlkof und Nase ein und erzielte dadurch in 34 Fällen 33 mal Heilung. 1 bis $1^1/_2$ Stunden darf der Kranke nichts essen oder trinken. Es wird mit diesem Pulver die ganze Oberfläche bedeckt; damit muss durch 1 bis 2 Wochen fortgefahren werden. B. lobt an dieser Methode die Einfachheit und Wirksamkeit.

CHIARI.

68) **Klingelhöffer** (Hausenstamm). **Carbolsäure gegen Diphtheritis.** *Der practische Arzt. 7. 1889.*

Kl. lässt mit Carbolsäure (1,0 : 30,0 Spiritus) 2—3 mal täglich pinseln, Kali chloric. innerlich nehmen, Priessnitz'sche Umschläge machen, Erwachsene Eisstückchen schlucken, dabei berücksichtigt er die Erhaltung resp. Hebung der Kräfte. In den Krankenzimmern werden Carbolräucherungen vorgenommen.

SEIFERT.

69) **Haberkorn** (Glogau). **Behandlung der Mandelentzündungen einschliesslich der diphtherischen.** *Centralbl. f. Chirurgie. 32. 1889.*

H. empfiehlt die Salicylsäure innerlich und äusserlich zur Behandlung der diphtheritischen Mandelentzündungen.

SEIFERT.

70) **Ronge.** **Die Behandlung der Diphtheritis mit Arac.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 29. 1889.*

R. hat 40 Fälle von Diphtheritis, 23 weiblich, 17 männlich, im Alter von 1—18 Jahren mit Arac geheilt. Daneben Ausspülung mit Kalkwasser, Eisumschläge, Kali chloric. innerlich. Arac in grossen Dosen: 1jährige Kinder alle 2 Stunden $^1/_2$ Theelöffel, 2—4jährige 1 Theelöffel.

LANDGRAF.

71) **Ganghofner** (Prag). **Ueber die Behandlung der croupös-diphtheritischen Larynxstenose mittelst der O'Dwyer'schen Intubationsmethode.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. XXX. 3. 1889.*

Die Erfahrungen G.'s beziehen sich auf 42 Fälle, das jüngste Kind war 9 Monate, das älteste 11 Jahre alt, für die Beurtheilung des Resultates der Intubation können nur 41 Fälle in Betracht gezogen werden. Von diesen 41 wurden 8 geheilt = 19,5 pCt., von 45 im gleichen Zeitraum tracheotomirten Kin-

dern wurden nur 4 geheilt = 8,8 pCt. Von den 42 intubirten Kindern mussten 21 später auch tracheotomirt werden, gingen aber alle zu Grunde, woraus zu schliessen ist, dass die hohe Mortalität dem Charakter der eben herrschenden Epidemie zugeschrieben werden müsse. Auch G. kommt zu dem Schlusse, dass bei der Behandlung der croupös-diphtheritischen Larynxstenose die Intubation neben der Tracheotomie volle Berücksichtigung verdient. SEIFERT.

72) Jacques (Marseille). **Die Intubation bei der Diphtherie des Kehlkopfs. (De l'intubation dans la diphthérie laryngée.)** *Rev. mens. des mal. de l'enfance. pag. 214. Mai 1889.*

Verf. hat die Intubation des Kehlkopfes in 3 Fällen von Croup mit Erfolg ausgeführt. Er empfiehlt dieses Vorgehen in Verbindung mit häufigen antiseptischen Bespülungen und mit anderen im ähnlichen Falle üblichen Vorsichtsmassregeln. E. J. MOURE.

73) Hirschsprung (Kopenhagen). **Intubation des Larynx. (Intubation af Larynx.)** *Bibliotek for Laeger. pag. 31. Januar 1890.*

Eine Beschreibung der Geschichte der Intubation und eine Empfehlung der O'Dwyer'schen Methode. SCHMIEGELOW.

74) F. Egidi (Rom). **Die erste Intubation des Kehlkopfs wegen Croup, die in Italien mit dem O'Dwyer'schen Apparat ausgeführt ist. (La prima intubazione della laringe per croup fatta in Italia coll' apparecchio dell O'Dwyer.)** *Arch. Ital. di Laringol. Juli 1889.*

Klinische Darlegung eines Falles mit einigen theoretischen Erwägungen. E. sagt am Schluss, dass bei Croup die Intubation gute Dienste leisten kann, wenn die Stenose nicht anderweitig zu heben ist; man führe sie stets aus, wo die Tracheotomie nicht gestattet wird. CARDONE.

75) Bell (Indianopolis). **Beitrag zur Intubation bei Diphtherie.** *Memorabilien. XXXIV. 3. 1889.*

Als Vereinfachung der Intubation empfiehlt B., die Mundsperre wegzulassen, mit dem linken Zeigefinger hinter die Zungenwurzel zu gehen und auf diese Weise die Röhre in den Kehlkopf einzubringen. Zur Entfernung der Röhre drückt er dieselbe von aussen nach oben mit einem oder beiden Daumen und holt sie mit dem Finger aus dem Munde. SEIFERT.

76) Ranke (München). **Intubation und Tracheotomie bei Croup.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. XXX. 3. 1889.*

Bericht über 15 Fälle von secundärer und 50 Fälle von primärer acuter diphtheritischer Kehlkopfstenose, welche sämmtlich mittelst der O'Dwyer'schen Intubation behandelt wurden. Die secundären Fälle waren fast ausnahmslos von vorneherein als hoffnungslose anzusehen, es wurde ein Kind im Alter von $2^1/_2$ Jahren gerettet. Von den 50 primären Fällen wurden 15 geheilt = 30 pCt., in 2 dieser geheilten Fälle musste nachträglich die Tracheotomie ausgeführt werden, 2 weitere Fälle waren zwar von der Larynxstenose geheilt, starben aber 4 resp. 5 Wochen später an Pneumonie. Es wurden Kinder jeden Alters und in

jedem Stadium der Asphyxie intubirt. Unter den 65 Fällen ereignete es sich 2 mal, dass nach der Intubation die Cyanose nicht geringer, sondern stärker wurde, so dass die Tube sofort wieder herausgezogen werden musste. R. erklärt die Intubation für eine in vielen Fällen erfolgreiche Behandlungsmethode der acuten diphtheritischen Kehlkopfstenose, jedoch wird die Intubation nicht die Tracheotomie verdrängen, beide Methoden haben sich einander zu ergänzen.

SEIFERT.

77) **D. Torsellini** (Siena). **Ueber die Tracheotomie bei Croup. (A proposito della tracheotomia nel crup.)** *Bolletino delle malattie della golo ecc. 1. Juli 1889.*

Anknüpfend an eine Arbeit von Dr. Paggi über denselben Gegenstand (cfr. Bollett. delle mal. della jola ecc. Janur und März 1889) macht C. diesem den Vorwurf, dass er die Resultate, zu denen er selbst früher gelangt sei, nicht erwähnt habe (dieselben sind in „La Riforma medica“ publicirt); er spricht seine Meinung über einige Punkte der Arbeit aus, in denen er mit Paggi nicht übereinstimmt. Unter anderem wiederholt C. die ewige Frage nach der croupösen und diphtheritischen Affection; er selbst glaubt immer an die diphtheritische Natur des Croups; er empfiehlt die untere Tracheotomie zur Vermeidung von Verletzung der Schilddrüse wegen der Blutung; bei der Ausführung derselben macht er kleine Incisionen in die Trachea, um die Laborde'sche Zange einzuführen. Mit Hilfe dieser erhält er den zur Einführung der Canüle nöthigen Raum etc. etc. Im Grunde enthält die C.'sche Publication viel Verletzendes und Persönliches.

CARDONE.

78) **Garcin Almansa** (Cadix). **Luftröhrenschnitt bei Croup. (Traqueotomia en el crup.)** Doctor-Dissertation, referirt in: *Revista de Med. y Cir. Prácticas. December 1889.*

Wenn die vom Löffler'schen Bacillus hervorgerufene Diphtheritis auf den Kehlkopf übergreift und Stenose desselben bedingt, so ist unter allen Umständen die Tracheotomie angezeigt, um für die eigentliche antiseptische Behandlung Zeit zu lassen. Die Intubation des Kehlkopfes kann den Luftröhrenschnitt nicht ersetzen.

SENTINON.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

79) **Hermann** (Königsberg). **Demonstration von phonophotographischen Curven.** Bericht über den I. internat. Physiologencongress in Basel, September 1889. *Centralbl. f. Physiol. 14. 1889.*

Vocalschwingungen, Consonanten etc. wurden in der Weise photographirt, dass gegen eine Membran gesungen wurde, welche mit einem sehr leichten Spiegelchen versehen ist. Ein intensiv electrisch beleuchteter Spalt wirft mittelst einer vor dem Spiegel aufgestellten schwachen Convexlinse ein oscillirendes reelles Bild auf einen dazu senkrechten Spalt, hinter welchem ein Cylinder schnell rotirt.

der mit höchst empfindlichem Bromsilberpapier umkleidet ist. Hinsichtlich der Ergebnisse macht der Vortr. nur wenige Andeutungen, da in Bezug auf die Frage nach der Natur der Vocale die Untersuchung noch nicht abgeschlossen ist.

SEIFERT.

80) **J. H. Lowman. Der Werth der Ruhe bei Kehlkopfkrankheiten. (The value of rest in diseases of the larynx.)** *Cleveland Med. Gazette. April 1889.*

Bericht über einige Fälle, in denen die Tracheotomie zur Linderung drängender Symptome gemacht wurde und in denen es zur Heilung kam.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **Gottstein. Die Durchleuchtung des Kehlkopfs.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. 1889.*

G. hat mit dem Voltolini'schen Apparat gearbeitet und kommt zu dem Resultat, dass dieser Untersuchungsmethode für die Diagnostik der Kehlkopfkrankheiten keine irgendwie nennenswerthe Bedeutung beizumessen ist.

LANDGRAF.

82) **Voltolini. Die ersten Operationen in der Kehlkopfshöhle vom Munde aus bei der Durchleuchtung des Kehlkopfs von aussen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1889.*

V. cauterisirte eine tief sitzende Wucherung, die er vorher nicht gut treffen konnte, unter der Durchleuchtung ohne Schwierigkeit. „Wir gehen", sagt er, „bei der Durchleuchtung dem Lichte entgegen mit dem Instrument, nicht vom Lichte fort, wie bei der gewöhnlichen Beleuchtung."

LANDGRAF.

83) **Clemens** (Frankfurt a. M.). **Die externe elektrische Behandlung der Kehlkopfkrankheiten.** *Therap. Monatshefte. 8. 1889.*

Cl. empfiehlt neuerdings die von ihm geübte Methode der cutanen Faradisation der Halsgegend zur Behandlung der verschiedensten Kehlkopfkrankheiten.

SEIFERT.

84) **Joh. Schnitzler** (Wien). **Anwendung und Wirkung des Perubalsams bei Krankheiten des Kehlkopfs und der Lungen.** *Internat. klin. Rundschau. No. 26, 28 u. 30. 1889.*

Nach kurzer Besprechung der neueren Literatur, die sich besonders auf die Landerer'schen und Sayre'schen Versuche erstreckt (Schmidt's Empfehlung des Perubalsams gegen Tuberculosis laryngis datirt aus früherer Zeit), geht Sch. auf seine eigenen Erfahrungen über. Er verwendete ihn als Inhalation, Einblasung, innerlich, und versuchte auch das Cinnamein, den wichtigsten Bestandtheil des Balsams. Die Einathmung geschieht durch Verdampfung von Mischungen des Balsams mit Alkohol (wie schon Schmidt es empfahl), oder durch Zerstäubung von Emulsionen. Diese Emulsionen von 0,25 Balsam auf 250—500 Flüssigkeit mischt Sch. häufig mit Kali chlor., Aq. laurocer., Natr. benzoic., Acid. benzoic., Cocain und hat damit bei entzündlichen Erkrankungen der Mundhöhle, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre recht günstige Erfolge erzielt. Zu Pulvern, als Alaun, Tannin, Wismuth etc., setzte er den zehnten Theil an Balsam

hinzu, zu Einpinselungen verwendete er Balsam und Alkohol zu gleichen Theilen oder fügte zu Glycerin, Alkohol den 20. Theil an Balsam. Diese Präparate erwiesen sich als werthvoll bei Ulcerationen und Entzündungen oder wenigstens gleichwerthig mit anderen in solchen Fällen gebräuchlichen Medikamenten, da sie antiseptisch und mildreizend wirken.

Endlich erfolgte auch die interne Anwendung in Form von Pillen, Kapseln oder Pastillen. Die Pillen sind mit Cera flava und Pulv. rad. Althaeae angefertigt, die Kapseln enthalten ausser dem Balsam noch Leberthran oder Lipanin, und die Pastillen Calc. phosphor. und Natr. bicarb. Täglich werden 2—5 dg Balsam verabreicht. Sch. wandte sie bei Tuberculose an, konnte zwar constatiren, dass sie gut vertragen wurden, aber wegen Kürze der Zeit noch nichts über ihren Einfluss auf das Grundleiden oder den begleitenden Katarrh feststellen. Schliesslich weist noch Sch. auf die Möglichkeit der Erkrankung der Nieren nach Gebrauch des Balsams und auf die häufige Verunreinigung der Drogue hin und fordert zu weiteren Versuchen auf.

CHIARI.

85) **Kanthack** (London). **Beiträge zu der Histologie der Stimmbänder mit specieller Berücksichtigung des Vorkommens von Drüsen und Papillen.** *Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 117. 3.*

Die Untersuchungen K.'s stützen sich auf 20 Kehlköpfe. In erster Linie bespricht K. die Grenzen der Stimmbänder, die man am besten bestimmen könne an Kehlköpfen, die 1—2 Tage in Müller'scher Flüssigkeit gelegen haben. Was das Vorkommen von Drüsen anlangt, so behauptet K. in Uebereinstimmung mit Luschka (entgegen B. Fränkel u. A.), dass im Bereich der Stimmbänder, im wahren anatomischen und klinischen Sinne des Wortes, absolut keine Drüsen gefunden werden, dass irgend ein Theil, der dieselben zeigt, nicht mehr zu den Stimmbändern gehört. Weitere Untersuchungen beschäftigen sich mit dem Epithel und der Membrana basilaris. Was die Papillen anlangt, so findet man auch bei einzelnen normalen Kehlköpfen ganz zarte, zierliche Papillen, in pathologischen Fällen dagegen wohlcharakterisirte Papillenbildung (bei chronischem Katarrh, Pachydermie, tuberculösen und syphilitischen Affectionen und chronischen Geschwüren überhaupt, sowie bei Carcinom). Zum Schlusse noch einige kurze Anmerkungen über Submucosa und über die elastischen Fasern.

SEIFERT.

86) **B. Fränkel** (Berlin). **Zur Histologie der Stimmbänder. Erwiderung auf den Aufsatz des Herrn Kanthack.** *Virchow's Arch. Bd 117. S. 531.* (Vgl. vorstehendes Referat.).

87) **Kanthack** (Berlin). **Zur Histologie der Stimmbänder. Erwiderung auf den vorstehenden Artikel des Herrn B. Fränkel.**

88) **B. Fränkel** (Berlin). **Replik auf vorstehende Erwiderung des Herrn Kanthack.** *Virchow's Arch. Bd. 118. 2. 1889.*

Derartige Erwiderungen und Repliken eignen sich weniger zu Referaten, als sie dazu beitragen werden, die Aufmerksamkeit der Anatomen und Laryngologen auf die für die Pathologie des Kehlkopfes so sehr wichtigen Verhältnisse des

Larynx von Neuem zu ziehen und dieselbe zur Vornahme von Controluntersuchungen zu veranlassen.

SEIFERT.

89) **R. Heymann** (Leipzig). **Beitrag zur Kenntniss des Epithels und der Drüsen des menschlichen Kehlkopfs im gesunden und kranken Zustande.** *Virchow's Arch. Bd. 118. 2. 1889.*

Die Untersuchungen über Epithel und Drüsen des menschlichen Kehlkopfes sind an 12 Kehlköpfen angestellt, die Individuen verschiedenen Alters und Geschlechtes angehört hatten. H. fand, dass am oberen Rand der Kehlkopfhöhle ringsherum ein Saum von Pflasterzellen sich findet, der mit dem Pflasterepithel der Mund- und Schlundhöhle unmittelbar zusammenhängt. Plattenepithel überzieht ferner die ganze Regio interarytaenoidea. Im Zusammenhang mit letzterem Ueberzug findet sich ausserdem ein schmaler Streifen von Pflasterzellen regelmässig am freien Rande der wahren Stimmbänder, öfters auch am freien Rande der Taschenbänder. Auf der hinteren Fläche des Kehldeckels und auf der Membrana quadrangularis schliesst sich an den oberen Saum von Plattenepithel ein Bezirk, in dem das flimmernde Cylinderepithel von zahlreichen Inseln von Plattenepithel unterbrochen ist. An allen übrigen Stellen findet sich Flimmerepithel, das nur vereinzelt kleine Inseln von Plattenzellen einschliesst. Die sehr zahlreichen acinösen Drüsen scheinen sämmtlich Schleimdrüsen zu sein. Auch am Rande der wahren Stimmbänder finden sich über der Spitze des Processus vocalis mitunter einige acinöse Drüsen.

An diese Untersuchungen von normalen Kehlköpfen schliessen sich die Bemerkungen über Untersuchung von 4 Kehlköpfen an, an denen das Epithel in mehr oder weniger grosser Ausdehnung verdickt war.

Es zeigte sich, dass die Schleimhaut an den Stellen, die (s. vorhergehende Untersuchungen) regelmässig mit Plattenepithel bedeckt sind, einen mehr dermoiden Charakter angenommen hat, indem sich die Schichten des Epithels bedeutend vermehrt haben.

Auffallend war auch an den Kehlköpfen jugendlicher Individuen die starke Verknöcherung der Knorpel, wohl als Folge der chronischen Entzündung.

SEIFERT.

90) **A. v. Sokolowski** (Warschau). **Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Laryngitis subglottica hypertrophica. (Przyczynek do patologii i terapii rozvostowego zafalenia cresci podgtosaiowej krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 29. 1889.*

Verf. beschreibt 4 Fälle dieser Erkrankung, bei denen in zweien die methodische Dilatation erfolglos blieb, im dritten Falle temporäre Besserung erzielt wurde, im vierten endlich durch Thyreotomie mit nachfolgender Excision der verdickten Trachealwand bedeutende Besserung erzielt wurde.

HERYNG.

91) **Leitartikel** (Brüssel). **Catarrhalische Larynxgeschwüre. (Des ulcérations catarrhales du Larynx.)** *La Presse méd. Belge. No. 51. 1889.*

Der anonyme Autor bespricht die Frage, ob es katarrhalische Kehlkopf-

geschwüre giebt oder nicht, ohne jedoch zu deren Aufklärung viel beizutragen, indem er den Gegenstand rein referirend behandelt. BAYER.

92) **Max Thorner. Erysipel des Kehlkopfs. (Erysipelas of the larynx.)** *Times and Register. Philad. 22. Juni 1889.*

Eine Zusammenstellung aller Fälle dieser Art, angefertigt nach den Schriften von Massei, Gottstein u. A. LEFFERTS.

93) **H. Foster. Erysipel des Kehlkopfs. (Erysipelas of the larynx.)** *Kansas City Med. Record. August 1889.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **Cassaët und de Grailly. Tuberculose des Kehlkopfs, Glottisödem, Tracheotomie. (Larynx tuberculeux, Oedème de la glotte, trachéotomie.)** Soc. anatom. de Bordeaux in: *Journ. de méd. de Bordeaux. 21. Juli 1889.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt; nichts von Belang.

E. J. MOURE.

95) **J. Sedziak** (Warschau). **Beiträge zur Therapie und Heilbarkeit der Larynxphthise. (O leczeniu t. zw. suchot krtaniowych etc.)** *Kronika lekarska. No. 4, 5 u. 6. 1889.*

Die Arbeit ist basirt auf den Erfahrungen und dem Material von Dr. Sokolowski, über welche Ref. im Jahre 1889 an dieser Stelle berichtet hat (No. 10). Sie enthält eine ausführliche und gewissenhafte Besprechung nicht nur des bisher angesammelten Materials über primäre Larynxphthise, sondern auch die Beweise der Heilbarkeit dieser Erkrankung und eine detaillirte kritische Analyse der verschiedensten gegen diese Erkrankung angewandten Heilmittel und Methoden. Die Milchsäure wird vom Verf. in erste Reihe gestellt, das Jodoform als ein die Heilung begünstigendes Mittel bei oberflächlichen Geschwüren angesehen, bei tiefen, kraterförmigen Geschwüren als wirkungslos geschildert. Das Creolin erwies sich bei 5 Kranken als unnütz, ebenso wie das von Rosenberg empfohlene Menthol; Curettement ergab in den Händen des Verf. befriedigende Resultate. In einigen Fällen erwies sich die galvanokaustische Behandlung der Infiltrate von Nutzen.

Zahlreiche Krankengeschichten und Tabellen bringen Beweise für die vom Verf. niedergelegten Ansichten. HERYNG.

96) **A. H. Hassall** (London). **Ueber die Unschädlichmachung der Sputa bei Phthisikern. (On the disposal of the Sputa in Phthisis.)** *Lancet. 27. Juli 1889.*

Das getrocknete Sputum eines phthisischen Patienten kann sehr leicht die Krankheit Anderen mittheilen, wie dies experimentell an Thieren durch Cornet erwiesen wurde. Hassall hält deshalb dafür, dass das Sputum sorgfältig gesammelt und durch keimtödtende Mittel vernichtet werden sollte, ehe es fortgeschüttet wird. Die Behälter für das Sputum müssen immer Wasser enthalten, um dem Vertrocknen vorzubeugen und unter anderen Vorsichtsmassregeln sollte auch der Gebrauch von Taschentüchern zur Aufnahme des Auswurfs verboten werden. MACKENZIE-JOHNSTON.

97) **Robertson** (Ventnor). **Heissluftinhalationen bei Lungentuberculose. (Hot air inhalations in pulmonary tuberculosis.)** *Brit. Med. Journal. 5. October 1889.*

In einer Sitzung der Southern Branch der B. M. Assoc. berichtete R. über seine Erfahrung mit dieser Behandlungsmethode in 4 Fällen. Zwei Patienten gaben die Behandlung als zu mühevoll und zu leicht zu Erkältung führend auf. Der dritte stand davon ab wegen Zunahme seiner Kehlkopfbeschwerden; der vierte — obgleich er an Gewicht eine geringe Zunahme aufwies — hatte nach 14 Tagen noch keine Verminderung der Zahl der Bacillen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

98) **Berger. Syphilitische Verengerung des Larynx. (Retrécissement syphilitique du larynx.)** Soc. de chirurgie. Paris, 17. Juli 1889.

B. stellt einen Kranken vor, bei dem die Dilatation mit den Schrötter-schen Canülen ausgeführt wurde. E. J. MOURE.

99) **W. Freidenson** (Warschau). **Fremdkörper im Larynx. (Przypadek ciała obcego w kotani.)** *Gazeta lekarska. No. 12. 1889.*

Extraction eines seit 3 Wochen im Larynx zwischen den Stimmbändern eingekeilten Knochenstückes mittelst der Fauvel'schen Zange. HERYNG.

100) **T. Mark Hovell** (London). **Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air-passages.)** *Brit. Med. Journ. 16. November 1889.*

Beschreibung zweier Fälle vor der Hunterian Society am 23. October 1889. a) $^3/_4$ Zoll langer Knochen bei einer 33jährigen Frau, $1\,^1/_4$ Zoll unterhalb der Stimmbänder zwei Monate lang eingekeilt. Entfernung mit der Zange per vias naturales nach Cocainisirung. b) Stück einer Wallnuss im rechten Bronchus einer Dame; nach 5 Tagen ausgehustet. SEMON.

101) **S. Glückmann** (Nischni Nowgorod). **Ein Fall von Erstickung durch ein in den Kehlkopf gelangtes Stück Fleisch. (Slutschai saduschenija kuskom bifsteksa.)** *Western. sudeb. Med. III. pag. 18. 1889.*

Der Titel sagt Alles. LUNIN.

102) **W. S. Taylor. Tod durch Einklemmung eines Kragenknopfs im Kehlkopf. (Death from impaction of a collar-button in the larynx.)** *Occidental Med. sc. Juli 1889.*

Der Kranke starb ganz plötzlich; bei der Autopsie fand man einen Knopf, der die Glottis vollständig verschloss. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) **H. R. White. Ein Fall von 7monatlichem Verweilen eines Fremdkörpers in den Luftwegen. (A case of retention of a foreign body in the air passages.)** *Gaillard's Med. Monthly. 1. Juli 1889.*

Zwei Wochen nach dem Eindringen des Fremdkörpers, eines Grashalms, hatte Pat. einen Frost, danach Fieber, Schmerzen, Husten und Auswurf. Man diagnosticirte einen Lungenabscess; derselbe öffnete sich schliesslich, wobei eine reiche Menge Eiter entleert wurde, sonst nichts. Es trat dann eine Besserung ein,

allein Husten und Blutspeien dauerten fort. 7 Monate nach dem Beginn der Krankheit wurde nach einem Hustenparoxysmus der Grashalm ausgeworfen; nunmehr erfolgte auf einmal vollständige Heilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **O. Thelen. Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 29. 1889.*

4jähriges Mädchen hatte eine gebrannte Kaffeebohne aspirirt, die nach 6 Wochen durch Tracheotomie entfernt wurde. LANDGRAF.

105) **Poëls. Fremdkörper im Larynx eines Blödsinnigen; plötzlicher Tod durch Ersticken beim Essen. (Larynx d'un individu dément; mort par asphyxie brusque en mangeant.)** Société Anatomo-pathol. de Bruxelles. Sitzung vom 1. December 1889. *La Presse méd. Belge. No. 50. 1889.*

Ein 20 cm langes und 4 cm dickes Stück Fleisch steckt bis zu $^2/_3$ seines Volumens im Kehlkopf eines Blödsinnigen, wovon P. das Präparat vorzeigt.

BAYER.

106) **Windelschmitt. Erstickung in Folge Verschlusses des Kehlkopfes durch eine Kirsche.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 9. 1889.*

Der Fall betrifft einen 2jährigen Jungen, der innerhalb einer Minute erstickte; die Kirsche fand sich über dem Kehldeckel eingeklemmt zwischen den Mandeln. SCHECH.

107) **J. Kraszewski (Iwa). Ein Fremdkörper in der Trachea. (Ciato obce ruchome w tchawicy.)** *Gazeta lekarska. No. 11. 1889.*

Ein 7jähriger Knabe aspirirte eine Bohne. Dieselbe wurde durch Tracheotomie entfernt. HERYNG.

108) **Ekel** (Pest). **Ein Fremdkörper in der Trachea.** *Orvosi Hetilap. No. 25. 1889.* Excerpt: *Pester med.-chir. Presse. No. 30. 1889.*

Mitte September 1888 aspirirte ein 8jähriges Mädchen einen Gleditschurkern und musste am 4. October tracheotomirt werden. Am 5. wurde der Kern während des Canülenwechsels ausgehustet, ohne dass es früher gelungen wäre, ihn mit Zangen zu fassen. Nach leichter Pneumonie erfolgte Heilung. CHIARI.

109) **J. Sedziak** (Warschau). **Ein Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen und in dem Digestionstractus. (Przyczepek do kazuistyki ciat obcych w drogach oddechowych etc.)** *Gazeta lekarska. No. 31.*

1. Fall. Bei einem Phthisiker, der wegen Larynxstenose tracheotomirt wurde, fiel die innere Kautschukcanüle in die Trachea; sie wurde ohne Schwierigkeiten am nächsten Tage entfernt.

2. Fall. Bei der Einführung des Schrötter'schen Zinnbolzens bei einem 20jährigen, wegen Larynxstenose tracheotomirten Mädchen glitt derselbe in die Speiseröhre, wurde mit dem Faden verschluckt und fünf Tage später mit dem Stuhl entleert. HERYNG.

110) **P. Pieniaczek** (Krakau). **Entfernung einer Tracheotomiecanüle aus dem rechten Bronchus. (Wydobycie kaniuli tracheotomijnej z oskrzela glownego strony prawej.)** *Przeglad lekarski. No. 4. 1889.*

Ein 60jähriger Mann, seit 10 Jahren tracheotomirt, consultirte den Verf. wegen eines Unfalles, der ihm vor 7 Wochen passirte, nämlich dass ihm die innere Kautschukcanüle in die Luftröhre gefallen sei, wo dieselbe bisher verbleibe. Der Anfangs sehr heftige Husten habe nachgelassen, Patient klagte über keinerlei Beschwerden und bezeichnete die Stelle, wo die Canüle sich angeblich befinde, in der Gegend des dritten bis vierten rechten Rippenknorpels. Die Untersuchung der Lungen ergab nirgends stenotische Geräusche. Der Kranke wurde chloroformirt, die Trachea mittelst eines zweiblättrigen Speculums erweitert und die Canüle im rechten Bronchus entdeckt. Nach langen Mühen gelang es endlich, mittelst eines entsprechend construirten Hakens den Fremdkörper unter Beihülfe des Cocains zu entfernen.

HERYNG.

111) **Page** (London). **Klinische Bemerkungen über verschiedene Fälle. — Fremdkörper im rechten Bronchus. Tracheotomie. (Clinical Notes of various cases. — Foreign body in the right bronchus. — Tracheotomy.)** *Brit. Med. Journal. 20. Juli 1889.*

Der Bericht erzählt von einem 9jährigen Knaben, der beim Spielen einen Kieselstein von beträchtlicher Grösse verschluckte. Derselbe keilte sich in den rechten Bronchus ein, verhinderte jedoch infolge seiner Gestalt nicht vollständig das Eindringen von Luft in die Lunge. Wegen der Grösse und Glätte des Steines war die Schwierigkeit, ihn zu entfernen, eine ausserordentlich grosse und erst nach wiederholten Versuchen, nachdem die Trachea herab bis zum 4. Ringe eröffnet war, glückte es, denselben von der Stelle zu bringen. Der Heilungsverlauf war ein ungestörter.

MACKENZIE-JOHNSTON.

112) **Weber. Ueber einen Fremdkörper im rechten Bronchus, der erst nach längerem Verweilen daselbst plötzlichen Erstickungstod herbeigeführt hat.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1889.*

Ein bejahrter Mann hatte 6 Wochen vor seinem Tode während eines Falles aus der Höhe von 15 Fuss einen wahrscheinlich in seinem Munde befindlichen Pfennig aspirirt. Es hatte sich eitrige Bronchitis entwickelt. Den plötzlichen Tod hält Verf. hervorgerufen durch plötzliche Lageveränderung des Pfennigs, der den rechten Bronchus ganz verstopfte.

LANDGRAF.

113) **Kobler** (Wien). **Fremdkörper in den Bronchien.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 33. 1889.*

K. berichtet über 2 Fälle aus der Schrötter'schen Klinik, die an Bronchiectasie starben: erst bei der Section fanden sich die in einem grossen Bronchus sitzenden Fremdkörper. Ausser den recht merkwürdigen Details und den genauen Befunden bei diesen Fällen bietet die Arbeit noch wichtige Ausführungen über die Symptome der Fremdkörper. Gewöhnlich weist die Anamnese, dann das Fehlen des Fremdkörpers in den oberen Luftwegen und die plötzlich eingetretene

Bronchostenose auf den tiefen Sitz des Fremdkörpers hin. In diesen 2 Fällen aber war das Eindringen des Fremdkörpers dem erkrankten Individuum unbemerkt geblieben, ein Vorkommen, welches nach einigen anderen Beispielen aus der Literatur durchaus nicht so selten ist, als man glauben sollte. Es lieferte daher die Anamnese keine Anhaltspunkte. Ferner fehlten alle Erscheinungen der Stenose grösserer Bronchien, und nur die Symptome der Bronchiectasie waren vorhanden; die Möglichkeit solcher Ereignisse sollte deshalb nie bei der Diagnose der Bronchiectasie aus den Augen gelassen werden. In Bezug auf Details muss auf das sehr lesenswerthe Original verwiesen werden. CHIARI.

## f. Schilddrüse.

114) **Geo. T. Welch. Ein Fall von Cystenkropf. (A case of cystic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 20. Juli 1889.*

Behandlung mittelst Punction und Injectionen von Eisenchlorid. Angebliche Heilung. — Später wies ein eigenthümliches Geräusch beim Athmen, zusammen mit dem Charakter der expectorirten Massen, die entzündliche Schwellung, die man bei momentaner laryngoskopischer Untersuchung erkennen konnte, der Schmerz, Husten, die Dyspnoe, Dysphonie und Dysphagie —, alles zusammen auf eine Nekrose der Kehlkopfknorpel. Die Prognose war ganz hoffnungslos: es erfolgte der Tod. LEFFERTS.

115) **Puky** (Pest). **Ueber die Behandlung der Struma im Anschluss an 6 Operationen.** *Orvosi Hetilap. No. 22 u. 23. 1889.* Excerpt: *Pester med.-chir. Presse. No. 30. 1889.*

P. beschäftigt sich nach kurzer Beschreibung seiner operirten Fälle mit der Frage der Cachexia strumipriva und glaubt, dass die Schilddrüse wichtig für das Wohlbefinden des Menschen sei, indem sie entweder dem Blute gewisse Stoffe entnimmt, die dem Menschen schädlich sind, oder Stoffe erzeugt, die zur Ernährung der Nerven dienen. Dafür spreche der Umstand, dass sich die Cachexia erst Wochen nach der Operation entwickele. Das sicherste Mittel gegen die Cachexia sei die partielle Exstirpation. CHIARI.

116) **Charters Symonds** (London). **Acht Fälle von Cysten und Adenomen der Schilddrüse mit Exstirpation der Neubildung behandelt. (Eight cases of cysts and adenomata of the thyroid treated by extirpation of the growth.)** *Brit. Med. Journ. 21. December 1889.*

Der am 13. December 1889 vor der Clinical Society of London gehaltene Vortrag beschäftigt sich hauptsächlich mit der Technik der Operation, welche der Socin'schen sehr ähnlich ist. Raumrücksichten gestatten nicht, die detaillirten Rathschläge des Autors wiederzugeben, und muss in dieser Beziehung auf das Original verwiesen werden. Nachdrücklich wurden von dem Vortragenden, wie in der Discussion von Mr. Silcock, die Gefahren der Injection adstringirender Flüssigkeiten in Schilddrüsencysten betont. Sonst brachte die Discussion, an der

die Herren Christopher Heath, Silcock, Spencer, Parker, Black, Battle, Berry und Godlee theilnahmen, nur causistische Mittheilungen und Wiederholungen bekannter Dinge. SEMON.

117) **Milligan** (Higham Jerrers). **Die Spaltung des Isthmus bei Kropfgeschwülsten. (Division of the Isthmus in Goitre.)** *Brit. Med. Journ. 12. October 1889.*

Der Vortrag wurde vor der South Midland Branch der B. M. A. gehalten; es schloss sich eine Discussion an. MACKENZIE-JOHNSTON.

118) **Tillaux. Cystische Geschwulst der Schilddrüse. — Thyroidectomie. (Tumeur polikystique du corps thyroide, thyroidectomie.)** *La Tribune méd. No. 18. 4. Juli 1889.*

Der Tumor stammt von einer 44jährigen Frau. Es bestand eine beträchtliche Verlängerung der Drüse hinter dem Brustbein. Der Verlauf der Operation gestaltete sich ganz einfach. E. J. MOURE.

119) **Warnots. Ueber die Thyroidectomie. (De la Thyroidectomie.)** *Journ. de Méd., de Chir. et de Pharmacol. No. 23. 1889.*

Gelegentlich der vorzunehmenden Operation eines Cystenkropfes bespricht der Autor die ganze Geschichte der Thyreoidectomie in einem sehr ausführlichen Vortrage. Betreffs des vorliegenden Falles ist auf der einen Seite die Hemithyreoidectomie und auf der anderen die Mikulicz'sche Operation in Aussicht genommen. BAYER.

120) **Corley** (Dublin). **Entfernung der Schilddrüse. (Removal of the thyroid gland.)** *Dublin Journ of Med. Science. August 1889.*

Beschreibung eines erfolgreichen Falles, in dem der Kropf von ganz bedeutender Grösse war. Während der Operation wurden die N. laryngei so verletzt, dass die zuvor gute Stimme verloren war. Ob eine laryngoskopische Untersuchung angestellt wurde oder nicht, darüber erhalten wir keine Aufklärung; es wird auch nicht gesagt, ob die Stimme wiederkehrte. An den Vortrag schloss sich eine Discussion. P. M'BRIDE.

121) **A. H. Corley** (Dublin). **Ein ungewöhnlicher Fall von Geschwulst der Schilddrüse. — Operation. — Heilung. (Unusual case of thyroid tumor. — Operation. — Recovery.)** *Dublin Journ. of Med. Scienc. October 1889.*

Die rapide wachsende Geschwulst wurde glücklich entfernt; die Untersuchung ergab, dass es sich um normales Gewebe der Schilddrüse handele. Während der Operation wurde constatirt, dass der linke N. laryng. superior sehr exponirt war und dass der eine Zweig desselben (externus) durchschnitten wurde. Nach der Operation bestand ein gewisser Grad von Aphonie, der noch jetzt da ist, — doch scheint eine laryngoskopische Untersuchung nicht gemacht worden zu sein! (? Identisch mit dem in Referat 120 beschriebenen Falle. Red.)

P. M'BRIDE.

122) **v. Eiselsberg** (Wien). **Ueber Tetanie im Anschluss an Kropfexstirpationen** 62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg 1889. *Centralbl. f. Chirurgie. 49. 1889.*

Bei den Totalexstirpationen der Schilddrüse, welche auf der Billroth'schen Klinik vorgenommen wurden, trat in 12 Fällen Tetanie auf und zwar stets bei Patienten weiblichen Geschlechts, 8 mal erfolgte der tödtliche Ausgang, 2 Fälle wurden chronisch. v. E. führt eine Anzahl von Gründen auf, welche beweisen, dass es bloss die Totalexstirpation sei, welche die Tetanie veranlasst. SEIFERT.

## g. Oesophagus.

123) **Rubeli** (Bern). **Der Oesophagus des Menschen und verschiedener Hausthiere.** Bern. Dissertation. Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin. 1889.

Eine rein anatomisch-physiologische Arbeit, welche besonders den Bau und die Secretion der theilweise Verdauungszwecken dienenden Speiseröhrendrüsen berücksichtigt. JONQUIÈRE.

124) **Kirsch** (Breslau). **Schluckact und Herzbewegung.** *Wiener med. Presse. No. 51.*

K. fand, ähnlich wie Meltzer, dass nach jedem Schluckact, unmittelbar an denselben sich anschliessend, eine Vermehrung der Pulsfrequenz stattfinde; er wies diese Thatsache sphygmographisch und durch Zahlen nach und führt sie auf directe Reizung des Nerv. laryng. sup. und des Plexus cardiacus durch die Schluckbewegung des Kehlkopfes und Oesophagus zurück. Ob dabei der Vagustonus herabgesetzt oder die accelerirenden Fasern gereizt werden, ist nicht zu entscheiden. Meltzer hat bekanntlich an eine Irradiation vom Schluckcentrum auf das Bewegungscentrum des Herzens gedacht. CHIARI.

125) **F. Rasmussen** (Kopenhagen). **Fall von Atresia congenita et fistula congenita oesophago-trachealis. (Tilfaelde of Atresia congenita et fistula congenita oesophago-tracheale.)** *Hospitals-Tidende. 17. Juli 1889.*

Ein sonst wohl entwickeltes Kind starb an Atresia oesophagi $2\frac{1}{2}$ Tage nach der Geburt. Bei der Section wurde gefunden, dass eine in den Oesophagus von oben eingeführte Sonde ca. 8 Ctm. oberhalb der Cardia stecken bleibt. Wenn die Sonde von der Cardia aus eingeführt wird, so kommt sie durch den Larynx heraus. Bei näherer Untersuchung zeigt es sich, dass der obere, ca. 5 Ctm. lange Theil des Oesophagus etwas ampullenartig erweitert ist, und dass durch seine vordere Wand eine sehr enge Fistel in die Trachea, $4\frac{1}{2}$ Ctm. oberhalb der Bifurcation, hineinführt. Der untere Theil des Oesophagus steht mittelst einer 17 Mmtr. langen, 3—4 Mmtr. breiten Oeffnung mit der Trachea in Verbindung. SCHMIEGELOW.

126) **Morejon** (La Habana). **Zwei Fälle von Oesophagusstenose durch allmälige Dilatation geheilt. (Dos casos de stenosis del esófago; dilatacion; curacion.)**

*Revista de Ciencias médicas de la Habana* und *Revista de med. y cir. practices. October 1889.*

Im ersten Falle handelte es sich um einen 23jähr. Mann, der mit 8 Jahren eine Nadel und mit 14 eine Gräte verschluckt hatte, deren Herausbeförderung zu Verletzungen der Speiseröhre Veranlassung gegeben. Es fanden sich zwei Stenosen, die durch allmälige Dilatation in 42 Tagen geheilt wurden, während deren der Patient um 17 Pfund zunahm. — Im 2. Falle war es ein 31jähr. Mann, der seit 2 Jahren schlecht schluckte und fast Alles wieder ausbrach. Hauptstenose im 2. Drittel der Speiseröhre und kleinere an anderen Stellen. Heilung in 15 Tagen. Beide Kranke schienen tuberculös zu sein. Nach der Heilung der Stenosen waren auch die Schwindsuchtszeichen verschwunden. SENTINON.

127) **Lennander** (Schweden). **Cicatricielle Strictur im Oesophagus bei einem 2jährigen Kinde. — Oesophagotomia externa. — Genesung.) (Aerrstriktur i oesophagus hos ett 2 aars barn. — Yttre oesophagotomi. — Helsa.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Bd. XXIV. No. 8 und 9. pag. 469.*

Ein Knabe, 2 Jahre 2 Monate alt, hatte am 16. Juli 1 Theelöffel voll einer 25procent. Lösung von Natronlauge getrunken. Nachdem die acuten Reactionssymptome verschwunden waren, konnte er 3 Wochen nach dem Unfall nur Flüssigkeiten schlucken. Die Schwierigkeiten beim Schlucken nahmen aber immer zu, und als er am 21. September im Spitale aufgenommen wurde, konnte er überhaupt nichts hinunterbringen. Die Sonden stiessen auf ein unüberwindliches Hinderniss, 12—13 Ctm. von der Zahnreihe entfernt. Am 22. September Oesophagostomia externa in Chloroformnarkose. Eine Sonde wurde in den oberen Theil des Oesophagus eingeführt und der Oesophagus darauf aufgeschnitten. Die Incisionsöffnung wurde bis in der Höhe mit dem oberen Rande des Sternums durch schwieliges Gewebe hindurch erweitert, und danach gelang es, ein Maisonneuve'sches Urethrotom durch die Strictur zu führen. Eine Béniqué-sche Sonde No. 12 wurde mittelst des Guyon'schen Conductors eingeführt, und nachher gelang es auch, No. 14 durchzuführen. Die Strictur wurde ausserdem mittelst französischer Bougies No. 15—19 erweitert, und schliesslich wurde ein Nélaton'scher Catheter No. 15 à démeure eingeführt. Die Wundhöhle wurde mit Jodoformglycerin (1 : 10) gefüllt und mit Jodoformgaze austamponirt. — Die folgenden Tage wurden flüssige Nahrungsmittel durch den Catheter hineingegossen. Am 27. September in Chloroformnarkose konnte man Nélaton's Catheter No. 17 mit Leichtigkeit einführen. 3. Oct. Catheter No. 19 eingeführt. 5. Oct. Der Catheter wurde herrausgenommen und von dem Schlunde aus konnte der Oesophagus in seiner ganzen Länge mit weichen Bougies No. 19—23 sondirt werden und Catheter No. 20, durch das rechte Nasenloch eingeführt, wurde à démeure gelassen. Als das Kind aber diese Sonde nicht vertragen konnte (Unruhe, Temperaturerhöhung, Nasenblutung), wurde sie am nächsten Tage wieder entfernt und die Strictur nunmehr mittelst täglichen Bougirens behandelt. Am 8. October konnte Bougie No. 25 passiren. Wurde am 29. Jan. 1889 entlassen. Bougie No. 30 konnte dann passiren und er konnte allerlei feste Nahrungsmittel verschlucken.

Der Artikel schliesst mit allgemeinen Betrachtungen über Oesophagusstricturen und ihre Behandlung. SCHMIEGELOW.

128) **Stephan** (Zaandam). **Zur Casuistik der Dysphagie bei Kindern. (Sarcoma oesophagi bei einem 4jährigen Knaben.)** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. XXX. 3. 1889.*

Ein Sarcom hatte sich im unteren Theil des Oesophagus in der Weise entwickelt, dass es dem Oesophagus eine birnförmige Gestalt verliehen hatte, dessen Stiel dem normalen oberen Theil der Speiseröhre entsprach. Die Geschwulst befand sich in der Wand des Oesophagus und liess nur den der Wirbelsäule zugekehrten Theil desselben frei. SEIFERT.

129) **v. Hacker** (Wien). **Extraction eines in den Oesophagus eingekeilten Knochens mit Hilfe des Oesophagoscopes.** Demonstration in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 25. October 1889. *Wiener klinische Wochenschr. No. 44.*

Nach vergeblichen Versuchen, den Körper mit dem Münzenfänger zu extrahiren, wurde Hacker gerufen, der nach Cocainbepinselung das Oesophagoskop anstandslos einführte und sofort den Knochen fand. Er fasste ihn mit der Leiter-schen Extractionszange und brachte ihn nach vorsichtiger Lockerung leicht und ohne Blutung heraus. H. räth bei allen Fremdkörpern des Oesophagus die Anwendung der Mikulicz-Leiter'schen Apparate. CHIARI.

130) **A. Longhurst** (London). **Einklemmung des Knochens eines Grousebeins in der Speiseröhre. (Impaction of a Grouse Bone in the oesophagus.)** *Brit. Med. Journ. 5. October* 1889.

Die Ueberschrift nennt den Fremdkörper, der mit Hilfe eines Regenschirmprobang glücklich aus dem Oesophagus entfernt wurde. (Die „Grouse" ist eine Art Feldhuhn. Red.) MACKENZIE-JOHNSTON.

131) **Senator. Ueber eine Quellsonde zur Behandlung von Verengerungen der Speiseröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 28.* 1889.

S. empfiehlt Laminariastäbchen von der Länge der zu erweiternden Strictur, an einer dünnen, weichen französischen Sonde befestigt, einzuführen und höchstens $^1/_2$ Stunde liegen zu lassen. Er hat bisher 17 Fälle von Oesophaguscarcinom so behandelt und ist zufriedener, als mit den bisher üblichen Bougies und Elfenbeinoliven. LANDGRAF.

# II. Gesellschaftsberichte und Besprechungen.

## a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. November 1889.

Scheinmann demonstrirt eine Zange für die Operation subglottischer Tumoren. Dieselbe zeigt eine stumpfwinklige Abbiegung der schneidenden Branchen nach der linken resp. rechten Seite und ist sonst der Jurasz-Fraenkel-schen Zange nachgebildet. Man kann mit ihr mehr lateralwärts greifen, als mit der gewöhnlichen Zange und behält den zu operirenden Tumor während der Operation im Auge.

So gelang es ihm, leicht subglottisch sitzende Papillome zu enffernen; auch für die Operation der Sängerknötchen ist das Instrument sehr geeignet.

Schorler hat sich in derselben Weise die Böcker'schen Röhrenzange modificiren lassen und sie in gewissen Fällen zweckmässig befunden.

Treitel: Ueber Reactionen nach intranasalen Operationen.

Sie sind wegen der beständigen Ventilation der Nase verhältnissmässig selten (er hat hauptsächlich die nach der Galvanokaustik eintretenden Zufälle im Auge). Sie treten einmal während oder unmittelbar nach der Operation auf als: Blutung, Schmerzen im Bereich des N. trigeminus, Erbrechen, Ohnmacht, allgemeine nervöse Störungen besonders in Folge von Störung der Nachtruhe. Dann stellen sie sich ein nach der Operation als: Angina lacunaris, die frühestens 18—30 Stunden, häufiger 3 Tage post. op. — immer ohne Peritonsillitis — eintrat; wahrscheinlich giebt die Operation eine Disposition für die Infection dabei. Hierher gehören auch Reizerscheinungen in Auge und Ohr. (T.'s Beobachtungen sind in der Königl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke gemacht.)

Krakauer sah Ohnmacht, Mittelohrentzündung, Erysipelas und allgemeine Eiterinfection.

Schadewald beobachtete besonders nervöse Reactionen; Ohnmachtsanfälle, Schwindelanfälle; asthmatoide tiefe Inspirationen und zwar wenn der normale Niesreflex nicht eintritt.

Schötz constatirte häufig eine Angina der Rachentonsille, besonders nach Galvanokaustik in Nasen mit engem knöchernen Gerüst.

A. Rosenberg sah in einem Falle eine nach einigen Minuten vorübergehende Amaurose der entsprechenden Seite.

Sandmann: Der pseudofibrinöse Belag ist besonders nach energischer Anwendung der Galvanokaustik die gewöhnliche Erscheinung.

## Sitzung vom 6. December 1889.

**Edmund Meyer: Ueber Pachydermia laryngis.**

M.'s Beobachtungen gründen sich auf eine Reihe von 11 Fällen; er giebt eine kurze Darstellung des pathologisch-anatomischen Processes und des mikroscopischen Befundes. Er fand die Pachydermie nur bei mit chronischen Rachen- und Kehlkopfkatarrhen behafteten Männern. Sie ist eine gutartige Krankheit, tiefer greifende Zerstörungen sind selten.

Die subjectiven Beschwerden bestehen in Druckgefühl im Halse, das sich mitunter bis zu heftigem Schluckschmerz steigern kann. Heiserkeit ist kein ständiges Symptom. In Bezug auf die Entstehung der Dellen auf den Wülsten schliesst M. sich der Ansicht Fraenkel's an. Er sah in einigen Fällen Abductionsbeschränkung eines oder beider Stimmbänder. Er warnt vor activen Eingriffen, empfiehlt vielmehr Behandlung des chronischen Katarrhs und innerlich Jodkali in mässigen Dosen.

Sandmann sah, nachdem er 5 Monate zuvor am r. proc. vocalis eine hirsekorngrosse Verdickung gesehen hatte, an deren Stelle eine Heiserkeit und nach dem Ohr ausstrahlende Schmerzen verursachende Ulceration, die allen Mitteln trotzte, bis S. den scharfen Löffel anwandte. Lues und Tuberculose waren auszuschliessen.

Schötz hat in mehreren Fällen von Jod keinen Erfolg gesehen und würde es auch überhaupt nur da anwenden wollen, wo wirklich erhebliche Beschwerden vorliegen. Machen starke Verdickungen über dem Proc. voc. erhebliche Stimmstörungen, so operirt er.

Landgraf hält die Pachydermie für keine seltene Affection; sie ist mitunter sehr lästig, manchmal gefährlich. Er sah hochgradige Schlingbeschwerden und Suffocationsanfälle, die allerdings auf secundäre perichondritische Processe zurückzuführen sind. — Das Stimmband hat die Farbe einer nicht ganz reifen, beschlagenen Pflaume. Er hütet sich vor jedem activen Eingriff. Weilbach hat ihm in einigen Fällen ausgezeichnete Dienste geleistet.

B. Fraenkel hat Schluckschmerzen in einer gewissen Anzahl von Fällen notirt. — Die Bewegungsbeschränkung der Stimmbänder nach aussen ist keine zufällige Erscheinung; in einem Falle war sie so bedeutend, dass suffocatorische Erscheinungen eintraten, die nebst der Pachydermie unter Jodgebrauch schwanden.

Die schwielige Verdickung der hinteren Wand wird zuweilen fälschlicherweise für Tuberculose gehalten.

F. sah einmal nach einer Perichondr. arytaen. — die übrigens gelegentlich zur Abscedirung führen kann — sich einen schalenförmigen Wulst ausbilden (Perichondritis pachydermica).

Nach der Operation treten häufig Recidive ein; er räth von derselben ab, empfiehlt vielmehr Jod innerlich, Weilbach oder ähnliche Bäder.

Krakauer hat 2 mal Perichondritis bei Pachydermie gesehen; in einem

Falle war lange Zeit gepinselt worden. Er empfiehlt Schonung der Stimme und Tannininhalation. Die grauweisse Verdickung der hinteren Wand beseitigte er in einem Falle durch Aetzung mit Arg. nitr.

Schadewald protestirt gegen den Namen: Pachydermia laryngis, da er zu Missverständnissen Veranlassung geben könne, indem er mehr die Vorstellung einer Affection auf breiter Basis hervorrufe. Er schlägt dafür vor: Chorditis posterior pachydermica oder Pachydermia proc. vocal.

Schötz stellt einen Fall vor, bei dem wegen eines durch die mikroscopische Untersuchung diagnostisch sichergestellten, wallnussgrossen, weichen Carcinoms der Rückfläche der Epiglottis von Dr. Hahn die chirurgische Operation gemacht worden ist. Nach 3 Monaten Recidiv in früherer Ausdehnung; nach 5 Wochen dreifache Volumszunahme. Pat. verweigerte eine zweite chirurgische Operation. S. wandte nun die Electrolyse in 18 Sitzungen von je 20—30 Minuten Dauer bei einer Stomstärke von 20—30 Milliampères an. Keine Reaction. Der Tumor verkleinerte sich von Apfel- bis auf Bohnengrösse, so dass an die Möglichkeit einer Heilung auf diesem Wege gedacht werden könne.

In Parenthese sei erwähnt, dass nach Entnahme eines Stückes der Geschwulst mit der galvanokaustischen Schlinge eine Anschwellung der Carotislymphdrüsen constatirt wurde.

## Sitzung vom 10. Januar 1890.

Grabower stellt einen Patienten vor, der vor 7 Jahren an eitrigem Ausfluss aus der Nase litt, welcher nach 4 Jahren nachliess; dann Trockenheit im Halse; seit $1^1/_2$ Jahren Heiserkeit. Nasenschleimhaut ist trocken, lederartig. Im vorderen Winkel dicht unterhalb der Stimmbänder eine gräulich-röthliche, die unteren Flächen derselben verbindende Membran, G. hält dies für einen Folgezustand der Störck'schen Blennorrhoe. Lues, Tuberculose, Ozäna, Laryngitis atrophicans sind auszuschliessen.

Schütz zweifelt an der Richtigkeit der Diagnose.

Heymann hat Fälle von echter Störck'scher Blennorrhoe in Berlin noch nicht gesehen und hält auch diesen Fall nicht für echt; zum mindesten: non liquet. Es fehlen stinkende Borken in Larynx und Trachea; ausserdem sieht man dabei die vordere Trachealwand in ganzer Länge verdickt.

Fraenkel schliesst sich dem an; es handele sich hier um zwei nebeneinanderlaufende Processe: atrophirender Nasenrachenkehlkopfkatarrh und die Verwachsung im subglottischen Raum. Die Stimmbänder sind hier nicht verdickt, sondern atrophisch.

Treitel demonstrirt ein modificirtes Mackenzie-Lucae'sches Tonsillotom, dessen Oeffnung durch einfaches Einfügen eines anderen Ansatzstückes verändert werden kann.

Schadewald. Pseudodiphtherie durch Soor.

Die Schwierigkeit der Diagnose der Diphtherie beruht darin, dass letztere kein pathognomisches Bild giebt und ex juvantibus nichts zu schliessen ist. Sie steht nicht still, sondern fällt oder steigt, so dass Fälle mit protrahirtem Verlauf gar keine Diphtherie sind, das sind vielmehr solche von Pseudodiphtherie, ein Name, der alle nicht dahingehörigen Fälle ausschaltet. Er sah zwei Kinder mit Soor, der von einem anderen Arzte für Diphtherie gehalten war — weisse Beläge im Pharynx, protrahirter Verlauf. Sicherheit gab die mikroskopische Untersuchung. Das beste Mittel gegen Soor ist Kali hypermanganicum in Sprayform.

Fraenkel möchte den Namen Pseudodiphtherie nicht acceptiren. Der Soor hat ein charakteristisches Aussehen; man sieht geringe Schwellung der Schleimhaut, der Belag hat ein weniger derbes Gefüge. Das Auftreten an mehreren Stellen spricht für Soor. Ausserdem entscheidet das Mikroskop sehr schnell.

Schadewald vertheidigt vom practischen Standpunkte aus den Namen: Pseudodiphtherie.

Sitzung vom 7. Februar 1890.

B. Fraenkel stellt eine Patientin vor, die vor $1^1/_2$ Jahren wegen hysterischer Aphonie behandelt wurde und seit $^1/_2$ Jahre wieder heiser ist und zeitweilig ein Pfeifen hören lässt, das einen laryngealen Stridor darstellt; besonders Nachts tritt es so heftig auf, dass Erstickungsfälle eintreten. Es handelt sich um einen Krampf der Adductoren auf hysterischer Basis, nicht um Posticuslähmung, wie das Laryngoskop zeigt. Die Glottis erweitert sich oft normalerweise, plötzlich fahren die Aryknorpel zusammen, die Stimmbänder spannen sich; dagegen bleibt die Glottis hinten offen, etwa wie bei einer Transversuslähmung.

Krakauer zeigt einen Patienten, der 14 Tage nach ärztlicherseits constatirter Influenza heiser wurde. Die Heiserkeit steigerte sich bis zur Aphonie. Laryngoskopisch sieht man totale linksseitige Recurrenslähmung. Alle anderen Ursachen sind, soweit überhaupt möglich, auszuschliessen. Es scheint dies eine Lähmung in Folge des Influenzavirus zu sein. Nach einigen Faradisirungen und Strychnin habe sich die Lähmung gebessert und zwar, wie ihm scheine, der Posticus mehr als die Adductoren.

Heimann sah nach angeblicher Influenza eine schnell vorübergehende doppelseitige Gaumensegellähmung bei einem Kinde.

Fraenkel sieht keine Bevorzugung der Aussenbewegung.

Dreyfuss meint, es könne sich um eine Compression des Recurrens durch geschwollene Bronchialdrüsen handeln, wie sie bei Influenza vorkommen.

Landgraf schliesst sich dem an. Ausserdem aber finden sich die Lähmungen nach Influenza nur bei neuropathischen Individuen.

Herzfeld bestätigt dies aus einer eigenen Beobachtung.

Dreyfuss: Die Lähmungen der Kehlkopfmusculatur im Verlauf der Tabes dorsalis.

Nach einem kurzen Ueberblick der einschlägigen Literatur theilt D. das Ergebniss seiner in Prof. Mendel's Poliklinik an 22 Tabikern vorgenommenen Untersuchungen mit. Er fand nur bei 2 Kranken Störungen, die mit der Tabes in Zusammenhang zu bringen sind, nämlich in beiden Fällen beiderseitige Posticuslähmung im allerersten Stadium ihrer Entwickelung. Er bespricht sodann den Befund dreier anderer tabischer Posticuslähmungen, bei denen die secundäre Contractur der Adductoren bereits eingetreten war. D. wendet sich gegen die von Krause aufgestellte „echte Ataxie“ der Stimmbänder und begründet seine Diagnose der tabischen Posticuslähmung gegenüber der Krause-schen Anschauung von einer Reflexcontractur der Stimmbandmusculatur mit Ueberwiegen der Adductoren durch eine Reihe von Argumenten. Im Uebrigen wird bezüglich genauerer Inhaltsangabe auf eine gleichlautende Abhandlung des Vortragenden verwiesen, die demnächst in Virchow's Archiv erscheinen wird.

A. ROSENBERG.

---

b) **Killian** (Freiburg). **Ueber die Bursa und Tonsilla pharyngea.** *Morphol. Jahrb. XIV. 4. 1888.*

Die umfangreiche Arbeit zerfällt in zwei Abschnitte, von denen sich der erste mit der Bursa pharyngea, der zweite mit der Rachentonsille beschäftigt.

Im Ganzen bearbeitete K. 65 menschliche Embryonen, dazu kommen noch 3 Neugeborene und 2 Kinder (10 Tage und 1 Jahr alt).

In 28 Fällen wurde die Bursa gänzlich vermisst, 8 von diesen aus dem 6.—8. Monat hatten am Dache des Schlundgewölbes zahlreiche sagittale Schleimhautfältchen, welche die erste Anlage der Rachentonsille darstellten. Die übrigen 42 besassen sämmtlich ein mehr oder weniger tiefes Grübchen, beziehungsweise eine ansehnliche Ausstülpung der Rachenschleimhaut nach hinten oben gegen die hintere Schädelbasis. Die letzteren Fälle mit exquisiter Bursa werden von den anderen mit unvollkommen entwickelter Bursa getrennt.

Die einzelnen Präparate resp. Fälle werden, in entsprechende Gruppen eingetheilt, kurz beschrieben.

Was die Beziehungen der Bursa ph. zum Hypophysengang anlangt, so kommt auch K. auf Grund seiner Untersuchungen zu der Anschauung, dass beide in gar keiner Beziehung zu einander stehen, da beide Bildungen weit auseinander liegen, selbst in früher Embryonalzeit und jede für sich und eine Zeit lang gleichzeitig existiren.

Betreffs Entstehung der Bursa pharyngea kommt K. zu dem Schlusse, dass die Bursa pharyngea embryonalis als eine wahre Ausstülpung der Rachenschleimhaut nach hinten und oben gegen das Hinterhauptsbein anzusehen ist, wobei speziell im Epithel das formative Princip zu suchen ist. Sie verdankt nicht

allein mechanischen Einwirkungen, sondern einem activen Bildungsvorgange ihre Entstehung.

Aus der Betrachtung über die weiteren Schicksale der embryonalen Bursa pharyngea ergiebt sich, dass sie in das Bereich der Rachentonsille hereingezogen wird und weiterhin alle Wandlungen durchzumachen hat, welche die letztere betreffen. Die Bezeichnung Recessus medius acceptirt K. für die von Ganghofner und Schwabach gesehenen Grübchen zur Unterscheidung von der eigentlichen aus der embryonalen hervorgegangenen Bursa pharyngea, welche bis jetzt beim Kinde noch Niemand nachgewiesen hat. So lange dies nicht geschehen ist, scheint es K. sehr gewagt, über die beim Erwachsenen bursaähnlichen Bildungen einen definitiven Entscheid zu fällen und zwar in der Hinsicht, ob sie in einzelnen Fällen aus der embryonalen Bursa hervorgegangen ist oder nicht. Es ist deshalb zweckmässiger, beim Erwachsenen überhaupt nicht von einer Bursa zu sprechen, sondern nur von einem Recessus medius.

An diese Ausführungen schliessen sich Berichte über vergleichend-anatomische Untersuchungen an, welche K. zumeist bei Säugethieren angestellt hat.

Ueber die Rachentonsille des Menschen fasst sich K. kurz, er constatirt die interessante Thatsache, dass die Rachentonsille des Menschen vom 6. Embryonalmonate bis zum Ende des zweiten Decenniums aus der Basisphenoidal- in die Basioccipitalregion rückt. Dagegen hat K. sehr ausgedehnte vergleichend-anatomische Untersuchungen angestellt und dabei gefunden, dass die Rachentonsille eine ziemliche Verbreitung im Wirbelthierreiche besitzt, wobei er besondere Aufmerksamkeit auf das Verhältniss der acinösen Drüsen zum adenoiden Gewebe verwandte.

SEIFERT.

---

# III. Briefkasten.

## X. internationaler medicinischer Congress zu Berlin 1890.

Die Platzfrage für die im August in Berlin stattfindende internationale medicinisch-wissenschaftliche Ausstellung ist durch die fürsorgliche Vermittelung des Herrn Ministers von Gossler nunmehr gelöst und dem Organisations-Comité die Maschinenhalle im Landes-Ausstellungs-Park zur Verfügung gestellt worden. Damit ist der Raumentfaltung eine in jeder Beziehung genügende Unterlage geschaffen und dem Unternehmen eine grossartige und würdige Form gewährleistet. Nach den im Bureau des Congresses — Karlstrasse No. 19 — bereits vorliegenden Anmeldungen ist anzunehmen, dass gerade die ersten und bedeutsamsten Firmen wetteifern werden, um den aus allen Theilen der Weltshier zusammenströmenden Vertretern der medicinischen Wissenschaften ein vergleichendes Bild der heutigen Leistungsfähigkeit vorzuführen.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

# Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang VI. Berlin, Juni. 1890. No. 12.

## I. Referate.

### a. Allgemeines und äusserer Hals.

1) **Albert** (Wien). **Demonstration von Actinomycose des Halses, der Wange und des Unterkiefers.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 29. November 1889. *Wiener klin. Wochenschr. No. 49. 1889.*

Nebst den 2 demonstrirten Fällen erwähnt A. noch 35 Fälle seiner Klinik seit dem Jahre 1885; darunter waren 3 an der Zunge, 10 an der Wange und 7 am Kopfe, 2 am Halse. Besonders bei Zahnfisteln und bei Halsphlegmonen habe man an Actinom. zu denken. Derbe Infiltration mit mehreren Erweichungsherden am Halse spräche am meisten für Actinom., die gewiss nicht so selten ist, als man früher glaubte. CHIARI.

2) **H. R. Whitehead** (Indian Army). **Bemerkungen über einen Ausbruch von Syphilis nach Tätowiren. (Notes on an outbreak of Syphilis following tattooing.)** *Brit. Med. Journ. 14. September 1889.*

Im Jahre 1887 tätowirte ein an secundärer Syphilis leidender Soldat ungefähr ein Dutzend von seinen Kameraden am Arm. Dabei brauchte er etwas von seinem eigenen Speichel, um die Haut anzufeuchten: das Resultat war, dass bei 5 von diesen Männern Syphilis zum Ausbruch kam. In allen diesen Fällen war das Incubationsstadium ein kurzes. MACKENZIE-JOHNSTON.

3) **B. J. Merril. Influenza [epidemisches catarrhalisches Fieber]. (Influenza [epidemic catarrhal Fever].)** *Northwestern Lancet. 1. Juli 1889.*

Die Aetiologie ist nicht bekannt, die Krankheit ist in hohem Maasse infectiös und in mässigem Grade contagiös. Die Symptome betreffen hauptsächlich den Respirationstractus, obgleich oft auch constitutionelle Symptome hervortreten. Die Behandlung ist hauptsächlich symptomatisch, da die Krankheit an sich eine begrenzte Dauer hat. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **Makara** (Pest). **Ueber cystöse Halsgeschwülste.** *Gyógyászat. No. 24 u. ff. 1889.* Excerpt: *Pester med.-chir. Presse. No. 29. 1889.*

M. berichtet über zwei Fälle von Atheromcysten unter der Zunge, über ein Lymphangioma cystic. colli congenit. (Sarkomzellen, Riesenzellen und Muskeln fanden sich zerstreut zwischen den bis taubeneigrossen Cysten) und über ein Hygroma colli cysticum, welches einem Angiom sehr ähnlich war, und einen Echinococcus unter der Haut nahe dem linken Ohre. Alle Fälle wurden operirt und heilten bis auf das Kind mit Lymphangioma cyst. colli congenit.

CHIARI.

5) **Schockeel** (Militärspital Gent). **Lymphosarcom des Halses und der Achselhöhle. (Lymphosarcome du Cou et de l'Aiselle.)** *Archives Méd. Belges. October 1889.*

Bei dem von Arens operirten Patienten zeigte sich einen Monat.später ein neuer faustgrosser Tumor hinter dem Sternocleidomast. in der Fossa supraclavic., diese ausfüllend frei beweglich unter der Haut. Da man ein kleinzelliges Sarkom annahm, wie die mikroskopische Diagnose der anderen exstirpirten Tumoren lautete, so wurde von der Operation Abstand genommen und eine innerliche Arsenikcur eingeleitet, wobei sich der Tumor allmälig auf $^1/_3$ seines Volumens zurückbildete, um dann nach drei Monaten stationär zu bleiben, worauf der Patient aus dem Militärspital entlassen wurde und nach Hause abging. BAYER.

6) **Arens** (Militärspital Gent). **Lymphosarcome des Halses und der Achselhöhle. (Lymphosarcome du Cou et de l'Aiselle.)** *Archives Méd. Belges. October 1889.*

Lymphdrüsentumoren der rechten Seite des Halses und der Achselgegend, von denen 20 exstirpirt wurden; die grösste wog 140 g. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein „kleinzelliges Sarkom". BAYER.

7) **Dethlefsen** (Dänemark). **Parotitis.** *Hospitals-Tidende. pag. 838. 1889.*

Ein $1^1/_4$ Jahre altes Kind hatte seit 3 Monaten an Parotitis dextra gelitten. Die rechte Parotis war geschwollen, von gesunder Haut bedeckt, nur auf der am meisten prominirenden Partie wurde eine stecknadelkopfgrosse Blase entdeckt. Nachdem die Blase entfernt war, drängte sich aus der Tiefe ein harter Gegenstand hervor, der mit der Pincette entfernt, sich als eine kleine Gänsefeder präsentirte. Die Feder muss, während das Kind in der Wiege lag, in dessen Mund gelangt sein und von hier aus die Parotis durch den Ductus Stenonianus erreicht haben. SCHMIEGELOW.

8) **Silcock** (London). **Acromegalie. (Acromegaly.)** *Brit. Med. Journ. 21. December 1889.*

Demonstration der Patientin, einer 53jährigen Frau, vor der Clinical Society of London am 13. December 1889. Sie hatte die Vergrösserung ihrer Finger vor 6 Jahren bemerkt. Das Gesicht war in allen Zügen vergröbert, der Unterkiefer massiv und vorspringend, die Nasenknorpel verdickt, die Zunge hypertrophisch. Die Füsse waren ebenfalls vergrössert, aber weniger als die Hände. Andere Fälle des Leidens wurden von den Herren Percy, Fleming und K. Campbell gezeigt. SEMON.

9) **J. Duncan** und **J. Annandale** (Edinburgh). **Pathologie und Therapie der scrophulösen Drüsen. (Pathology and treatment of strumous glands.)** *Edinburgh Med. Journ. August 1889.*

Es werden in der genannten Nummer der Zeitschrift die Beiträge der beiden Autoritäten zu der in der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Edinburgh abgehaltenen Discussion über obiges Thema mitgetheilt. Auf die Einzelheiten allgemeinen Charakters können wir hier nicht eingehen. Annandale legt grossen Werth auf den Nasopharynx und die Zähne (bisweilen nicht cariös, sondern nur zu fest aneinander geklemmt) für die Aetiologie der Vergrösserung der Halsdrüsen. P. M'BRIDE.

10) **L. Pasqualigo. Untersuchung über die Thymusdrüse. (Studio sulla glandola timo.)** *Riforma medica. 24., 25., 26., 27. und 29. Juli 1889.*

Eine compilatorische Arbeit, umfassend die Anatomie, Physiologie, Pathologie u. s. w. der Thymusdrüse. P. berücksichtigt besonders die Störungen, welche die Veränderungen dieses Organs an dem Respirationsapparat verursachen, so vor Allem die Tracheostenose; diese machte die Ausführung der Tubage nothwendig, welche vor der Tracheotomie den Vorzug verdiente. CARDONE.

11) **A. G. Miller** (Edinburgh). **Ein Fall von penetrirender Halswunde durch Selbstmordversuch; Tracheotomie; Heilung. (Case of suicidal penetrating wound of the neck; tracheotomy; recovery.)** *Lancet. 31. August 1889.*

Patient, ein 38jähriger Mann, wurde in die Royal Infirmary aufgenommen wegen mehrerer Halswunden, die er sich selbst beigebracht hatte. Die äussere Wunde maass 5 Zoll; der M. sternohyoideus und sternothyreoideus der linken Seite, rechts überdies noch der Omohyoideus waren vollständig durchschnitten. Die Membrana thyreo-hyoidea war durchtrennt und eine Oeffnung nach dem Rachen hin vorhanden.

Bei der Aufnahme wurde die hohe Tracheotomie vorgenommen und eine Canüle eingelegt. Die Wunde im Rachen wurde vernäht und entgegen dem gewöhnlichen Verfahren wurde auch die oberflächliche Wunde mit Rosshaarnähten vereinigt. Der Patient machte eine gute Heilung durch, die Canüle wurde am dritten Tage entfernt. MACKENZIE-JOHNSTON.

## b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **E. E. Hamilton. Die Nasenhöhlen. (The nasal cavities.)** *Times and Register. 17. August 1889.*

Nichts besonders Interessantes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

13) **Zwaardemaker** (Utrecht). **Cocainisirung der Nasenhöhle und des Cavum pharyngo-nasale.** *Arch. f. Ohrenheilk. 29. 1, 2. 1889.*

Zur Cocainisirung der Nasenhöhle benutzte Z. Cocain in Pulverform (Cocain 5—10 : 100 Amylum), das mittelst Federkiels in die Nase eingeblasen wird.

Für die Cocainisirung des Nasenrachenraumes empfiehlt er ein rechtwinklig gebogenes Glasrohr, mit dessen Hülfe vom Munde aus das Cocainpulver eingebracht werden kann. SEIFERT.

14) **Lennander** (Upsala). **Ueber Hauttransplantation. (Om Hudtransplantation.)** Vortrag, gehalten in der Allgemeinen Schwedischen ärztlichen Versammlung zu Upsala, September 1889. Separatabdruck.

In dieser Arbeit, in welcher die Methoden der Hauttransplantation besprochen werden, theilt der Verf. einen Fall von Ulcus rodens mit, durch welches die Nasenwand in einer Strecke von der Nasenwurzel bis zu der Mitte der Nase zerstört war, so dass ein Theil des Septum nasi durch den Defect gesehen wird. Nach vollständiger Zerstörung der Wundränder wurde der Defect mittelst eines Hautläppchens von der Stirne aus in der Weise gedeckt, dass die Epidermisschicht gegen die Nasenhöhle hineinblickte und später wurde nach der Thiersch-schen Methode eine Hauttransplantation von dem Oberarm nach der Aussenseite des Läppchens gemacht. Das Resultat war gut.

Eine gleiche Hauttransplantation hat der Verf. bei einer 60jährigen Frau, die mit einem während der letzten 10—11 Jahre immer wachsenden Ulcus des Nasenrückens behaftet war, gemacht, nachdem zuerst das Ulcus gründlich exstirpirt wurde, und dabei ein gutes Resultat erreicht. SCHMIEGELOW.

15) **Cohansz** (Borken). **Neuere Methoden der Rhinoplastik.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1889.

Mittheilung von 7 Fällen aus der Schönborn'schen Klinik, bei welchen verschiedene Arten der Rhinoplastik zur Ausführung gelangten. SEIFERT.

16) **Bramann** (Berlin). **Ueber Dermoide der Nase.** 62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. 1889. *Centralblatt für Chirurgie. 50. 1889.*

Mittheilungen über eine Anzahl von Dermoiden der Nase, die bei Kindern und Erwachsenen beobachtet wurden. Die operative Entfernung war meist sehr mühsam wegen des innigen Zusammenhangs der Cysten mit Knorpel und Knochen. SEIFERT.

17) **Schubert.** **Fadenpilze in der Nase.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39. 1889.*

Verf. hat 1883 einen Fall von Aspergillus fumigatus im Nasenrachenraum, den ersten, beschrieben; bald darauf dieselbe Beobachtung noch einmal gemacht. Kürzlich fand Verf. bei einem Manne, der ihn wegen Nasenverstopfung und Ausfluss consultirte, beide Nasenhälften im Bereich der unteren und mittleren Muscheln mit graugrünem, schmierigen Secret ausgefüllt. Die Massen liessen sich leicht entfernen. Prof. Cohn fand Mycel eines Schimmelpilzes, wahrscheinlich Isarca Bassiana. Der Fall heilte schnell ohne Rückfall. LANDGRAF.

18) **Schmiegelow** (Kopenhagen). **Knochenblasenbildungen in der Nasenhöhle. (Cystiske Bendannelser i Nasehulen.)** *Det medicinske Selskabs Forhandlinger i Köbenhavn. 1889.*

Der Vortrag, der in der „Revue mensuelle de Laryngologie etc.“ publicirt

wird, ist auf 4 Beobachtungen von Knochenblasenbildung des vorderen Endes der Concha media basirt. Die Blasen waren lufthaltig und die auskleidende Schleimhaut der Höhle in einem Falle, wo die mikroskopische Untersuchung vorgenommen wurde, mit flimmerndem Cylinderepithel bedeckt. Es handelte sich in allen Fällen um weibliche Patienten, die ausserdem an polypöser Degeneration der Schleimhaut litten; starke Anfälle von Kopfschmerzen waren ein hervortretendes Symptom. Entfernung mittelst Galvanocauter, Zange und Schlinge.

AUTOREFERAT.

19) **Rothholz** (Stettin). **Habituelle Epistaxis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1889.*

In Uebereinstimmung mit allen Autoren fand Verf. als Quelle der Blutung in fast allen Fällen den vorderen Abschnitt der knorpeligen Nasenscheidenwand. Man findet da häufig, ganz oberflächlich gelegen, verbreiterte Gefässchen (Venen), andere Male umschriebene Auflockerung und Weichheit der Schleimhaut, manchmal ist die Stelle verdickt und weisslich gefärbt. Bei leichtem Reiben mit glatter Sonde blutet es.

Behandlung: Aetzung mit Chromsäure und Galvanokaustik.

Schliesslich wurden 3 Fälle erwähnt, wo nicht die typische Stelle Ort der Blutung war, sondern 1 Mal das vordere Ende der mittleren Muschel, 2 Mal Verdickungen der Schleimhaut an der Hinterwand des Nasenrachenraumes.

LANDGRAF.

20) **Ziem. Ueber metastatische Erkrankungen bei Nasenleiden.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. etc. No. 11. 1889.*

Schon Rollet, Huck und Bayer berichteten über eigenthümliche Erscheinungen an den Gelenken und Extremitäten nach Nasenoperationen oder bei Naseneiterung. Z. schenkte diesem Punkte mehr Aufmerksamkeit und theilt zwei hierher gehörige Fälle mit.

Bei einem 5jährigen Mädchen, das von seinem Bruder in die Nase gebissen worden war, stellten sich nacheinander Abscesse am rechten unteren Augenlid, an der Glabella und am rechten Fusse, später auch noch umfängliche Abscesse unterhalb der Schulterblätter und im untersten Theile des linken Oberschenkels ein. Z. glaubt, dass durch den Biss eitriges Secret erzeugt und dasselbe resorbirt wurde, also zu Metastasen Anlass gab. Der zweite Fall betrifft einen Herrn mit Kiefernhöhlenempyem, der eine erysipelartige Anschwellung der ganzen Gesichtshaut, der Lider und Conjunctivitis sowie einen Abscess im linken Unterschenkel bekommen hatte. Z. glaubt, dass auch die multiplen Hautabscesse der Kinder sowie manche Formen kryptogenetischer Septico-Pyämie durch Untersuchung der Nase aufgehellt werden dürften.

SCHECH.

21) **C. L. Tuckey** (London). **Fälle, die mit Hypnotismus und Suggestion behandelt sind. (Cases treated by Hypnotism and Suggestion.)** *Lancet. 24. August 1889.*

In dieser Arbeit über die Behandlung durch Hypnotismus wird ein Fall von paroxysmalem Niesen erwähnt, der mit dieser Methode geheilt sein soll.

MACKENZIE-JOHNSTON.

22) **Adolph Bronner** (Bradford). **Pseudo-Heufieber; seine Symptome und Behandlung. (Pseudo Hay-Fever; Symptoms and treatment.)** *Lancet. 13. Juli 1889.*

Der Vortrag wurde im März vor der Leeds and West Riding medico-chirurg. Society gehalten. Hauptsächlich widmet er sich der Betrachtung der chronischen hypertrophischen Rhinitis, die, wie B. betont, häufig fälschlicherweise als Heufieber angesprochen wird.

Ein Bericht über 5 Fälle wird mitgetheilt, diese wurden durchweg nach dem Gebrauch der Galvanokaustik gebessert. MACKENZIE-JOHNSTON.

23) **H. Foster. Nervosität, verursacht durch Verstopfung der Nase; mit Bericht über solche Fälle. (Obstruction of the nares causing nervousness; with report of cases.)** *Weekly Med. Review. 6. Juli 1889.*

Es besteht ein naher Zusammenhang zwischen manchen Formen von Nervosität und chronischer Verdickung der die hintere Partie der unteren Nasenmuscheln und das Septum narium bekleidenden Schleimhaut. — Bericht über vier Fälle, die durch die Operation geheilt wurden.

W. S. SWIFT (LEFFERTS).

24) **J. I. W Silk.** (London). **Nasenverstopfung in ihren Beziehungen zur Anwendung von Anästheticis. (Nasal obstruction in its relation to the administration of anaesthetics.)** *Journ. of Laryng. Juli 1889.*

Die Abhandlung dient als Ergänzung zu einigen anderen Arbeiten über die Anaesthetica, die derselbe Autor kürzlich publicirt hat. Er betont, dass die Anaesthetica und besonders Aether dadurch, dass sie Turgescenz der Schleimhäute herbeiführen, leicht eine geringfügige Verstopfung, wie sie in der Nase vorkommt, vergrössern. Unter gewöhnlichen Umständen vermehren nasale Verstopfungen in keiner Weise die Schwierigkeit der Darreichung von Anaestheticis. Allein wo irgend ein Hinderniss in der Mundathmung dazu kommt, wie bei krampfhaftem Kieferschluss, da können Zeichen von Asphyxie eintreten, wenn man nicht sofort erkennt, dass die Nasenathmung unmöglich ist, und Schritte thut, den Luftweg durch den Mund wieder herzustellen. MACKENZIE-JOHNSTON.

25) **J. D. Nasale Nervenstörungen reflectorischen Ursprungs. (Des neuropathies nasales d'origine réflexe.)** *La Presse méd. Belge. No. 26 u. 27. 1889.*

Verf. prüft die Frage im Allgemeinen, er trägt die Ansicht der verschiedenen Praktiker vor und theilt seine persönliche Anschauung mit.

E. J. MOURE.

26) **Despagnet** (Paris). **Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten.) (Rapport entre les maladies des yeux et du nez.)** Soc. française d'Ophthalmologie. Paris. 10. August 1889.

D. stellt Alles, was wir über diese Frage wissen, zusammen.

E. J. MOURE.

27) **Hamburger** (Utrecht). **Eine eigenthümliche Veränderung der Nasenscheidewand eines Pferdes.** *Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 117. 2. 1889.*

Diffus verbreitetes Myxofibrom der knorpeligen Nasenscheidenwand.

SEIFERT.

28) **Krieg** (Stuttgart). **Beiträge zur Resection der Cartilago quadrangularis narium zur Heilung der Scoliosis septi.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 31 u. 32. 1889.*

Rechtfertigung und weitere Begründung des bekannten, bereits in die Lehrbücher, z. B. Schech, übergegangenen Verfahrens des Verfassers. Zur Vermeidung der Blutung und dadurch zur Verkürzung der Operationsdauer macht Verf. den ersten Schnitt jetzt mit dem galvanokaustischen Messer. Anatomische Untersuchungen an 214 Schädeln aus Hyrtl's Nachlass haben den Verf. in der schon früher geäusserten Annahme bestärkt, dass die Scoliosis septi meist auf luxurirendem Wachsthum beruhe. Für die Theorie der Schädelasymmetrie hat er kein beweisendes Material gefunden. LANDGRAF.

29) **E. Baumgarten** (Pest). **Cyste der Nasenscheidewand.** *Wiener med. Wochen- No. 52. 1889.*

Dieselbe sass ganz vorn, war mit blutig-seröser Flüssigkeit gefüllt und war offenbar aus einem Hämatom des Septum cartilag. entstanden. Der Patient hatte nämlich in seinem dritten Lebensjahre einen Hufschlag in's Gesicht erhalten, der lange Zeit Schwellung der Nase und Verstopfung derselben zurückliess. Dieselbe ging dann allmälig zurück mit Hinterlassung der Cyste. CHIARI.

30) **Alex. G. R. Foulerton** (Chatham). **Eine Durchbohrung der Nasenscheidewand bei Cementarbeitern. (A perforation of the septum nasi occurring in cement workers.)** *Lancet. 7. August 1889.*

J. beschreibt eine Perforation des Septums, die er bei Arbeitern in Cementwerken wahrgenommen hat. Der Cementstaub sammelt sich zwischen den Haaren in den Nasenlöchern der Arbeiter; wenn diese ihn fortzuschaffen versuchen, machen sie leicht mit dem Fingernagel eine geringe Abschürfung. So entsteht zunächst eine Ulceration, ihr folgt bald die Perforation. Man könnte diese Läsion, meint J., leicht missverstehen und für eine syphilitische halten.

MACKENZIE-JOHNSTON.

31) **E. Baumgarten** (Pest). **Perforation der Nasenscheidewand nach Diphtheritis.** *Orvosi Hetilap. No. 32. 1889.* Excerpt in: *Pester med.-chir. Presse. No. 52. 1889.*

B. beobachtete bei einem 23jährigen kräftigen Mann, der seit 3 Wochen an eitrigem Nasenflusse litt und vor 5 Wochen Diphtheritis der Mandeln überstanden hatte, die Entstehung eines Geschwürs an der linken Seite der Scheidewand, welches zur Nekrose eines Theils des Knorpels und Knochens führte, aber die Schleimhaut der rechten Seite verschonte. B. betont, dass bei Diphtherie recht leicht Geschwüre an anderen als den zuerst ergriffenen Stellen auftreten können. CHIARI.

32) **W. P. Porcher. Deformitäten und Enchondrome der Nasenscheidewand. (Deformities and enchondroma of the nasal septum.)** *Virginia Med. Monthly. Juli 1889.*

P. illustrirt durch einige Fälle, bis zu welchem Grade Geschwülste und Verbiegungen des Septum nasi mitwirken zur Erzeugung von Coryza, Heufieber,

Asthma, Husten, scheinbarer Phthise und anderen Krankheiten. Daher wirkt die Behandlung, die Correction oder Entfernung der Deformität so wohlthätig.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **J. B. Roberts. Die Behandlung der Verbiegungen und anderer Deformitäten der Nase. (The cure of crooked and otherwise deformed noses.)** *Buffalo Med. and Surg. Journ. Juli 1889.*

Der Verf. sucht die Irrigkeit der Lehre nachzuweisen, welche räth, Deformitäten der Nase in Ruhe zu lassen und jeden chirurgischen Eingriff zu unterlassen. „Das beschriebene Vorgehen ist nach praktischer Erfahrung ohne jede Gefahr, es ist wirksam und bessert das geistige und körperliche Leiden des Patienten; es sollte stets angewendet werden, wenn der Patient gewillt ist, die geringe vorübergehende Unbequemlichkeit, die durch die Operation selbst gesetzt wird, auf sich zu nehmen."

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

34) **C. E. Hewitt. Entfernung einer Ekchondrose der Nasenscheidewand. (Removal of an ecchondrosis of the septum narium.)** *International Journ. of Surgery. Juli 1889.*

Bericht über den Fall — nichts von besonderem Werth.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **W. J. Walsham** (London). **Ein biegsames Instrument zur Correction der Nasendeformitäten. (A malleable truss for correcting deformities of the nose.)** *Lancet. 6. Juli 1889.*

Beschreibung und Abbildung eines Instrumentes, das Deformitäten ausgleichen und einen Druck auf die Nase ausüben soll, der hinreicht, Verbildungen zu heilen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

36) **Krakauer. Ueber intranasale Synechien und deren Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. 1889.*

K. schliesst für seine Besprechung alle knöchernen Synechien und alle congenitalen Verwachsungen aus und will nur die artificiellen Verwachsungen zwischen unterer resp. mittlerer Muschel und Septum, wie sie nach chirurgischen Eingriffen vorkommen, näher beleuchten. Er hält diese Verwachsungen für sehr häufige Folgen galvanokaustischer Eingriffe; am häufigsten kommen sie vor nach Operation von Nasenpolypen. Die Synechien sind meist ausserordentlich dick und fest, die Mehrzahl zwischen 1—3 cm dick. Der Frequenz nach stehen oben an Verwachsungen der unteren Muschel mit dem Septum, dann folgen die der mittleren Muschel mit der seitlichen Nasenwand, die der mittleren Muschel mit dem Septum, die der unteren Fläche und des medialen Randes der unteren Muschel mit dem Nasenboden. K. operirt die Verwachsungen mit der Schlinge, die er kalt wirken lässt, so lange sie kalt durchschneidet, dann erst zum Glühen bringt. Um die Wiederverwachsung zu hindern, legt er ein Stück Cartonpapier ein, das am dritten Tage entfernt wird. Der Carton kann, um ihn dicker zu machen, mit einer durch Collodium aufzuklebenden Watteschicht umhüllt werden.

LANDGRAF.

37) **Suchannek** (Zürich). **Zur Nachbehandlung bei Operationen in der Nasenhöhle.** *Therap. Monatshefte. 12. 1889.*

S. empfiehlt auch für die Operationen in der Nasenhöhle, vor und nach Operationen in derselben möglichst strenge nach antiseptischen Grundsätzen zu verfahren und es ist seinen Vorschlägen wohl beizupflichten. Es wird sich wohl jeder Rhinologe ein ähnliches Verfahren wie S. zurecht gelegt und die Erfahrung gemacht haben, dass man hierdurch raschere und ungestörtere Heilungen erzielt, als wenn man die Antiseptik ausser Acht lässt. Besonderen Werth legt S. auf die Tamponade (wo sie nach Operationen als nöthig sich erweist) der Nase mit Jodoformgaze. Bei Operationen im Nasenrachenraum bepinselt er die kauterisirten Stellen mit Jodoformcollodium, nach Entfernung der Rachentonsillen erscheint eine antiseptische Behandlung nicht nothwendig. SEIFERT.

## c. Mundrachenhöhle.

38) **Öhrvall** (Schweden). **Studien und Untersuchungen über den Geschmackssinn. (Studier och Undersökningar öfver Smaksinnet.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Bd. XXIV. No. 6 u. 7.*

Der Verf. hat in dieser längeren, rein physiologischen Experimentalarbeit die Lehre von den specifischen Energien der Sinnesnerven weiter begründet. Er hat 125 Papillae fungiformes isolirt mit verschiedenen Lösungen untersucht und gefunden, dass von diesen Papillen 27 weder gegenüber Weinsäure, Chinin oder Zucker reagirten und dass 98 einen oder mehrere von diesen Geschmackseindrücken percipirten. Er hat mittelst derselben Lösungen nachgewiesen, dass es Papillen giebt, die gegenüber Zucker und nicht gegenüber Weinsäure reagiren, die Chinin und nicht Weinsäure, die Chinin und nicht Zucker percipiren können. Diese Verhältnisse sind nur durch die Annahme von specifischen Endapparaten für die verschiedenen Geschmackskategorien zu erklären, und diese Endapparate kommen in relativ ungleicher Anzahl in den verschiedenen Papillen vor.

SCHMIEGELOW.

39) **Stocquart. Fall von Geschmacksperversion. (Cas de perversion du Goût.)** *Archives de Méd. et de Chir. pratiques. Juli 1889.*

Eine 79jährige Dame, welche sich seit einem Jahr über einen bitteren Geschmack im Munde beklagte, wurde vom Autor in einigen Tagen mit einer Infusion von Quassia curirt. BAYER.

40) **David Wallace** (Edinburgh). **Beschreibung der Operation, den Geschmacks- und die unteren Zahnnerven zu erreichen, ohne im Munde eine Oeffnung anzulegen. Mit einem Fall zur Illustration des Werthes der Operation. (Description of operation to reach the gustatory and inferior dental nerves without opening into the mouth; with a case illustrative of its value.)** *Edinburgh Med. Journ. Sept. 1889.*

Die Operation wurde von Dr. Chiene ausgeführt und bestand in der Tre-

panation des aufsteigenden Kieferastes in der Höhe der Krone des letzten Backenzahnes.

P. M'BRIDE.

41) **Archinard. Die desinficirende und entwickelungshemmende Wirksamkeit einiger gebräuchlicher Mundwässer.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. 1889.*

Die geprüften Mundwässer: Eau dentifrice, Salicylmund- und Zahnwasser, Eucalyptolmundwasser und Eau de Minthe, welche alle keimfrei waren, waren auf das Wachsthum von Milzbrand-, Typhus- und Choleramikroorganismen ohne Einfluss.

LANDGRAF.

42) **Pfeiffer** (Weimar). **Dritter Bericht über die Sammelforschung des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen, 117 Zosterfälle betreffend.** *Corresp.-Blätter des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. XVIII. 8. 1889.*

Aus der sehr interessanten Zusammenstellung über Herpes zoster ist hervorzuheben, dass Betheiligung der Mundhöhle, der Zunge und des Gaumens nicht beobachtet worden sind.

SEIFERT.

43) **Creus** (Madrid). **Angeborene doppelte Hasenscharte. (Labio leporino doble congénito.)** *Revista de Med. y Cir. Prácticas. Juli 1889.*

In der Sitzung vom 18. Mai der Academie de Medicine zu Madrid stellte Verf. einen 10jährigen Knaben vor, dem er eine doppelte angeborene Hasenscharte so glücklich operirt hatte, dass in der Mitte der Lippe statt der gewöhnlichen Depression eine normale Protuberanz erzielt wurde. Verf. ersuchte die vereinigten Collegen um Rath, wann er zur Beseitigung des Wolfsrachens schreiten solle.

SENTINON.

44) **Dubreuilh. Gestieltes Fibrom des Mundes. (Fibrome pédiculé de la bouche.)** Soc. anat. Bordeaux in: *Journ. de méd. de Bordeaux. 11. August 1889.*

Der bohnengrosse, gestielte, bewegliche Tumor sass neben dem letzten rechten Molarzahn, entsprechend dem aufsteigenden Ast des Unterkiefers.

E. J. MOURE.

45) **Braquehaye. Epitheliom des Bodens der Mundhöhle. (Epithelioma du plancher de la bouche.)** Soc. anat. Bordeaux in: *Journ. de méd. de Bordeaux. 4. August 1889.*

B. stellt einen 70jährigen Mann mit Epitheliom des Mundes vor.

E. J. MOURE.

46) **Richet. Epitheliom des Mundbodens. (Epithélioma du plancher buccal.)** *Gaz. des hôp. 23. Juli 1889.*

Klinischer Vortrag, betreffend einen 61jährigen Mann, der an der genannten Krankheit litt; er wurde mittelst Resection des Unterkiefers operirt.

E. J. MOURE.

47) **Lediard** (Carlisle). **Epitheliom der Wange. (Epithelioma of Cheek.)** *Edinburgh Med. Journ. October 1889.*

Demonstration des Präparates.

P. M'BRIDE.

48) **Du Mesnil und Marx** (Würzburg). **Ueber Impetigo herpetiformis.** *Arch. f. Dermat. u. Syphilis. XXI. 5. 1889.*

Bei einer 30jährigen Frau mit Impetigo herpetiformis entwickelten sich auch die typischen Plaques auf der Wangenschleimhaut, auf den Tonsillen und an der hinteren Pharynxwand. SEIFERT.

49) **Schoetz** (Berlin). **Erythema exsudativum in den Halsorganen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. 1889.*

Ausführliche Schilderung und Besprechung eines sehr seltenen Falles. 40jähriger Mann erkrankt plötzlich mit Fieber und Halsschmerzen. Schubweise entwickeln sich auf intensiv geröthеter Schleimhaut des Mundes, Zahnfleisches und Pharynx aus soliden knötchenförmigen Infiltrationen, die bald eine livide Färbung annehmen, durch Zerfall Ulcerationen, welche mit kleinen, kaum sichtbaren Vertiefungen heilen. Unter heftigen rheumatischen Schmerzen kommt es dabei zur Eruption von Erythema exsudat. multiforme auf der Haut. Die Krankheit dauerte vom Mai 1888 bis Januar 1889. Der Kranke verlor an Gewicht 40 Pfd. Im Geschwürsbelag wurde ein kleinerer Strepto- und ein grösserer Staphylococcus gefunden. Arsenik schien von günstigem Einfluss. Heilung vollständig. LANDGRAF.

50) **Rothmann** (Pest). **Diagnose und Therapie der Gingivitis ulcerosa.** *Oesterr.-Ung. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde. V. Jahrg. III. Heft. Juli 1889.*

Diese Erkrankung tritt sehr häufig besonders bei Leuten der niederen Volksklasse in Folge von mangelhafter Reinigung der Zähne, Ansatz von Zahnstein etc. auf, ohne dass damit eine Stomatitis verbunden wäre. Die Behandlung besteht in Spülungen mit 1proc. Chlorkali- oder $^{1}/_{10}$ proc. Chlorzinklösung, Entfernung des Zahnsteins und Bürstung des Zahnfleischrandes mit verdünntem Alkohol.

CHIARI.

51) **W. W. Baker. Polyp des Zahnfleisches. (Polypus of the gum.)** *Dublin Journ. of Med. Science. Sept. 1889.*

Die Arbeit beschäftigt sich mit den kleinen Gewächsen, die sich in der Nähe erkrankter Zähne erheben. Mikroskopisch fand B., dass es sich um Papillome handelt; im Laufe der Discussion erklärte J. A. Scott, dass die demonstrirten Präparate sich als ein „Mittelglied zwischen Papillom und Epitheliom" repräsentirten. P. M'BRIDE.

52) **J. D. Hayward** (Liverpool). **Verstopfung des Wharton'schen Ganges. (Obstruction of Wharton's duct.)** *Brit. Med. Journ. 12. Oct. 1889.*

Bericht über einen Fall, in dem man eine erhebliche Schwellung der Submaxillardrüse fand; dieselbe war bedingt durch den Verschluss des Ausführungsganges durch eine kurze starke Fischgräte. Nach Entfernung dieser kehrte die Drüse in wenigen Stunden auf ihre normale Grösse zurück.

MACKENZIE-JOHNSTON.

53) **Shepherd. Sublinguale Talgcyste. (Sublingual sebaceous cyst.)** *Montreal Med. Journ. August 1889.*

Die Patientin war ein 19jähriges Mädchen; es wurde Cocain injicirt und der Balg der Cyste durch eine Schnittöffnung, die am Kinn angelegt wurde, herausgezogen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **Tassius** (Birstein). **Die Incision des Frenulums der Zunge.** *Memorabilien. XXXIII. 9.*

Zur Incision des Frenulums empfiehlt T. statt der Scheere den Gebrauch eines Messers, mit dem von unten nach oben in viel sichererer Weise geschnitten werden könne. SEIFERT.

55) **Damer Harrisson** (Liverpool). **Ein Fall von acuter Glossitis. (A case of acute glossitis.)** *Lancet. 7. Juli 1889.*

Der etwa 14jährige Patient bekam die Glossitis nach einem Biss in die Zunge; es wurden Incisionen in den Zungenrücken gemacht und Blutegel unter dem Kiefer angesetzt. Die Herstellung wurde durch das Dazwischentreten einer Pneumonie im linken Unterlappen etwas aufgehalten. — Die Zunge war 4 Tage nach der Aufnahme in's Krankenhaus nahezu wieder gesund, der Patient konnte mit Leichtigkeit essen, schlucken und sprechen. A. E. GARROD.

56) **Mygind** (Kopenhagen). **Ein Fall von Glossitis acuta haemorrhagica. (El Tilfaelde af Glossitis acuta haemorrhagica.)** *Hospitals-Tidende. 25. December, pag. 100. 1889.*

48jähriger Mann; Spirituosis deditus. Es traten plötzlich acute Febrilia und Schmerzen an der Zunge auf. Die Zunge war 3 Stunden nach dem Beginn der Krankheit bedeutend geschwollen und auf dem Rücken derselben trat eine blauschwarze Zeichnung, durch Blutextravasate in der Schleimhaut bedingt, auf. Die Zahnreihen waren circa $1\,^1/_2$ cm von einander entfernt, um Platz für die geschwollene Zunge zu geben. Die untere Fläche der Zunge und der Sulcus alveololingualis waren mit ausgesprochenen, theilweise zusammenfliessenden Ecchymosen bedeckt — keine regionäre Drüseninfiltration. Temp. 38,7, P. 100; etwas Albumen im Urin. Uebrigens gesund. Im Laufe der folgenden Tage schwand die Infiltration und die Temperatur wurde normal. Die Albuminurie war am fünften Tage der Krankheit verschwunden. 17 Tage nach dem Beginn der Krankheit wurde der Patient geheilt entlassen.

In ätiologischer Beziehung konnte nichts erklärt werden. Es wurde weder bei der Anamnese oder bei der localen Untersuchung etwas gefunden, dass dahin hindeuten konnte, dass die Krankheit durch eine allgemeine Infection, Insectenbiss, Zungenbiss, kaustische Einwirkungen oder dergl. hervorgerufen war. Dass die parenchymatöse Entzündung einen hämorrhagischen Charakter annahm, ist bei dem chronischen Alkoholismus des Patienten leicht verständlich.

SCHMIEGELOW.

57) **H. R. Wharton. Ein Fall von acutem Abscess der Zunge. (A case of acute abscess of the tongue.)** *University Med. Magazine Philad. Juli 1889.*

Der Titel bezeichnet den Inhalt. LEFFERTS.

58) **Meikle. Vergrösserung der Zunge. (Enlarged tongue.)** *Edinburgh Med. Journ. October 1889.*

Der Fall wurde in der medicinischen Gesellschaft zu Cambridge vorgestellt; die Diagnose ist zweifelhaft. P. M'BRIDE.

59) **Dinkler** (Heidelberg). **Ein Beitrag zur Pathologie der sogenannten schwarzen Haarzunge und einer ihr verwandten Form der Zungenschleimhaut-Erkrankungen.** *Virchow's Archiv. 118. 1. 1889.*

Im ersten Fall handelt es sich um einen 8jährigen Jungen, bei welchem sich im Anschluss an Scharlach im Stadium der Desquamation auf dem Zungenrücken zahlreiche schwarzgefärbte Fortsätze von keilartiger Form entwickelten, welche mit der Schleimhaut innig verwachsen, als abnorm grosse und eigenthümlich veränderte Papillae filiformes erkannt wurden. Diese Excrescenzen blieben einige Tage unverändert bestehen, wurden dann allmälig kleiner und weniger gefärbt, um schliesslich die normalen Grössen- und Färbungsverhältnisse der Pap. filif. wieder anzunehmen. Es handelte sich um einen Fall von sog. schwarzer Haarzunge.

Eine andere Form der Zungenschleimhautaffection wurde bei zwei Erwachsenen beobachtet. Es handelte sich hier um die Entwickelung gelblicher, haarförmiger Anhänge auf der Zungenoberfläche, deren äussere Schicht aus verflochtenen, dicht verschlungenen Bacillenfäden bestand, deren innere Schicht kegelförmig gestaltete Wucherung der Papill. filif. darstellte. SEIFERT.

60) **A. Bayet. Ueber die kreisfleckige Exfoliation der Zunge. (Sur l'exfoliation en aires de la langue.)** *La Clinique. No. 42. 1889.*

Der Autor bespricht, anknüpfend an einen Fall von kreisfleckiger Exfoliation der Zunge bei einem 19 Monate alten Kinde, die Symptome dieser Affection im Einzelnen und stellt sich, was die Pathogenese anbelangt, auf die Seite Mibelli's, welcher sie in die Kategorie der Entwickelungsstörungen der Epidermis rangirt. Therapie gleich Null. BAYER.

61) **Maydl** (Wien). **Ueber Actinomykose der Zunge.** *Internat. klin. Rundschau. No. 42 u. 43. 1889.*

M. berichtet über einen Fall, bei dem die Infection derart stattfand, dass der Kranke öfters mit dem beschmutzten Daumen über den Zungenrücken fuhr. Es handelte sich um einen bohnengrossen Abscess, der ausgiebig exstirpirt wurde. Weiter erwähnt er, dass auf Albert's Klinik seit 1882 21 Actinomyces-Fälle beobachtet wurden, darunter 3 an der Zunge, so dass diese Localisation nicht so selten ist. Mit Beziehung auf die Literatur wird eine Verletzung für das Eindringen des Pilzes als nöthig erklärt und die Lymphdrüsenschwellung, die jedoch nicht immer vorhanden ist, auf Eitermikroben zurückgeführt. CHIARI.

62) **Lediard** (Carlisle). **Ichthyosis der Zunge im Verein mit Krebs. (Ichthyosis linguae accompanied by cancer.)** *Edinburgh Med. Journ. October 1889.*

Vorstellung des Falles. P. M'BRIDE.

63) **Capart. Zungenpapillome. (Papillomes linguaux.)** *La Presse méd. Belge. No. 41. 1889.*

C. stellt in der Septembersitzung (1889) der Académie de Med. de Belgique ein 14jähriges Mädchen vor mit über die ganze Zunge verbreiteten Papillomen, die hauptsächlich auf deren innerer Fläche in Form von kleinen Auswüchsen in grosser Menge vorhanden sind. Da alle therapeutischen Mittel, Chromsäure, Arg. nitr., Glüheisen etc., Arsenik innerlich, das Abschneiden mit der Scheere nichts halfen, so will es der Verf. jetzt mit der Elektrolyse versuchen.

BAYER.

64) **Georg Kersting. Beiträge zur Pathologie der Zungentonsille.** Dissertation. Würzburg 1889, und Verhandlungen der physik.-med. Gesellschaft. N. F. XXIII. Bd.

Das Schleifen der Epiglottis auf dem Zungengrunde kann nicht als charakteristisches Zeichen der Hypertrophie der Zungentonsille angesehen werden, da dies einestheils bei ganz normalen Zungendrüsen vorkommt und anderntheils die Epiglottis bei wirklicher Hypertrophie weit von der Zunge abstehen kann. Die Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen macht an und für sich keine nennenswerthen Beschwerden; nur wenn die Epiglottisspitze mit der Zungenwurzel in Berührung kommt, klagen die Patienten über Fremdkörpergefühl, Bedürfniss zum Schlucken, Athembeschwerden, Husten, Störungen der Singstimme. K. illustrirt dies durch Mittheilung von 15 Fällen aus der Praxis des Herrn Dr. Otto Seifert. In leichteren Fällen kam Lugol'sche Lösung, in schwereren der Galvanokauter zur Anwendung. Die Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen ist hauptsächlich eine Erkrankung des jugendlichen und mittleren Alters, die Geschlechter sind so ziemlich gleich — die Weiber etwas stärker belastet, auch besteht ein Zusammenhang zwischen der Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen und der Hypertrophie der Rachen- und Gaumenmandeln und der Pharyngitis granulosa. SCHECH.

65) **Noquet. Geschwulst an der Zungenbasis. (Tumeur de la base de la langue.)** *Bull. méd. du Nord. 9. August 1889.*

Es handelt sich um einen alten Mann von 72 Jahren, der an der Zungenbasis eine harte gebuckelte Geschwulst hatte; daneben bestanden einige Drüsenschwellungen. Obgleich es sich wahrscheinlich um einen malignen Tumor handelte, wurde doch eine antisyphilitische Kur instituirt. Leider hat sich der Kranke nicht mehr vorgestellt. E. J. MOURE.

66) **A. G. Miller** (Edinburgh). **Lupus der Zunge. (Lupus of the tongue.)** *Edinburgh Med. Journ. October 1889.*

Demonstration des Falles. P. M'BRIDE.

67) **Leloir. Lupus der Zunge. (Lupus de la langue.)** *Assoc. franç. pour l'avanc. d. scienc. Paris. August 1889.*

Es wird die Seltenheit der Affection betont, Gesicht, Lippen und Schlund waren ergriffen, das Zäpfchen verloren. Die Zunge sah sklerotisch und gelappt aus wie bei Lepra. — In mikroskopischen Schnitten gelang es, Tuberkelbacillen nachzuweisen; auch die Impfungen auf Kaninchen waren erfolgreich.

E. J. MOURE.

68) **Lediard** (Carlisle). **Eine vor 3 Jahren entfernte Zunge. (Tongue removed three years before.)** *Edinburgh Med. Journ. October 1889.*

Demonstration. P. M'BRIDE.

69) **T. J. Pugh. Extraction einer Nadel aus dem Halse einer Frau. (Pin extracted from a woman's throat.)** *Texas Med. Journ. Juli 1889.*

Die Nadel steckte im äussersten Grunde der Zunge; sie wurde mit den Fingern extrahirt; die Hand wurde bis an das Handgelenk in den Mund eingeführt; P. hält diese Methode für vortheilhafter, als den Gebrauch der Zange.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **Turner** (London). **Halbseitige Zungenatrophie mit gleichseitiger Gaumen- und Kehlkopflähmung etc. (Hemiatrophy of right side of tongue with paralysis of soft palate and larynx etc.)** *Brit. Med. Journ. 14. Decbr. 1889.*

T. zeigte am 13. November vor der Hunterian Society of London ein 5jähriges Mädchen, das an Schlingbeschwerden und kraftlosem Husten litt. Es fanden sich die im Titel genannten Veränderungen, ausserdem Schwäche und Atrophie des rechten Arms, sowie Atrophie beider Sehnerven, auf dem rechten Auge, dessen Sehkraft fast erloschen war, mehr ausgebildet. Die Symptome datirten von einer Serie rechtsseitiger epileptiformer Anfälle, welche sich im Februar 1886, sechs Wochen nach einem Anfall von Scharlachfieber eingestellt hatten und zwei Monate lang täglich aufgetreten waren. Als das Kind zuerst, im August 1888, unter Beobachtung kam, war allgemeine Paralyse der Extremitäten vorhanden; seither hatte sich der Zustand der Beine und des linken Arms beträchtlich, der des rechten Arms einigermassen verbessert; die Zunge war in statu quo verblieben. Die Patellarreflexe waren verschwunden. Es lagen Anzeichen für hereditäre Syphilis in der Familiengeschichte vor und T. hielt die Symptome für das Resultat einer syphilitischen Läsion der Meningen an der Hirnbasis mit Einbeziehung des rechtsseitigen Glosso-pharyngeus und Vagus. Er gedachte des ähnlichen Falles von Barlow (Clinical Society's Transactions, Vol. XXII). Eine Discussion fand nicht statt. SEMON.

## d. Diphtheritis und Croup.

71) **Thoresen** (Norwegen). **Ueber die Verhältnisse der Diphtheritis zu dem Erdboden. (Om Difteritens Forhold til Jordbunden.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. pag. 322. 1889.*

Der Verf. hat gefunden, dass der Erdboden keinen Einfluss auf das Auftreten der Diphtheritis ausübt. Er ist der Meinung, dass die Patienten nur einmal von Diphtheritis ergriffen werden können. SCHMIEGELOW.

72) **Brühl** und **Jahr** (Berlin). **Diphtherie und Croup im Königreich Preussen in den Jahren 1875—1882.** Hirschwald, Berlin 1889.

Die vorliegende Arbeit hat Oertel mit einem Vermerk versehen, in welchem er auf die grosse Bedeutung einer Arbeit hinweist, die sich auf ein so grosses

Material stützt und einen wichtigen Beitrag zum Studium nach den Ursachen und der Verbreitung der Infectionskrankheiten liefert. Der beschränkte Raum für ein Referat verbietet, näher einzugehen auf die Art und Weise, in welcher die Verff. den Stoff geordnet haben, es sei nur auf einen Schlusssatz hingewiesen, dass nämlich die grösste Wahrscheinlichkeit besteht für die Berechtigung der Annahme, dass das ursächliche Moment für die Hervorrufung der Disposition, sei es zur Aufnahme, sei es zur weiteren Entwicklung des Infectionskeimes für Diphtherie und Croup der häufiger unvermittelte Uebergang aus einer Luft sei, welche den Respirationsorganen verhältnissmässig wenig Wasser entzieht, in solche, welche diese Organe zur Abgabe von sehr viel Wasser veranlasst. SEIFERT.

73) **J. Srebrny** (Warschau). **Diphtherie und Croup. (Blonica i Olawiec.)** *Kronika lekarska. 1889.*

Eine gewissenhafte, gute Litteraturkenntnisse beweisende Arbeit, die einen Beitrag zur Aufklärung des gegenseitigen Verhältnisses dieser beiden Erkrankungen liefert. Nach einer ausführlichen historischen Einleitung bespricht S. die Aetiologie der Diphtherie. Der Einfluss der Jahreszeit wird basirt auf statistische Tabellen aus Berlin, Wien und Petersburg und der Schluss gezogen, dass in den Wintermonaten die Krankheit am häufigsten auftritt. Als Gelegenheitsursachen betrachtet S. das Alter, Familiendisposition, pathologische Zustände der Schleimhaut der Luftwege, besonders Affectionen der Tonsillen. Die Ansteckungsfähigkeit der Diphtherie wird durch Anführung einer entsprechenden Kasuistik verschiedener Autoren bekräftigt und eine ausführliche Zusammenstellung der wichtigsten, die parasitäre Natur der Erkrankung beweisenden Arbeiten geliefert. Dass der Löffler'sche Bacillus nicht in allen Fällen gefunden wurde, wird dadurch erklärt, dass nicht von allen Autoren die betreffende Färbungsmethode präcise angewandt werde. [Die letzte Arbeit Löffler's über die Diphtherie (Deutsch. Med. Wochenschrift No. 5 u. 6. 1890) bringt überzeugende Beweise für die Richtigkeit dieser Annahme. Ref.] Im Kapitel über anatomo-pathologische Veränderungen bei Diphtherie finden wir die bekannten Angaben verschiedener Autoren, ebenso wie bei der Besprechung der Symptomatologie und der nach Diphtherie auftretenden Folgekrankheiten.

Ein grosses Gewicht legt S. auf die Prophylaxis und empfiehlt ausser Gargarismen den Gebrauch der Nasendouche und tägliche mehrmalige Reinigung der Mundhöhle bei kleinen Kindern mit Leinwandläppchen, ein Verfahren, welches in der Praxis kaum auszuführen sein wird. S. empfiehlt bei Gebrauch der Nasendouche die Flüssigkeit bei schwachen Drucke zu entleeren, ein Verfahren, welches gerade als verfehlt bezeichnet werden muss, weil die Contraction der Velums resp. der Abschluss des Nasenrachenraums nur durch kräftigen Strahl vollkommen zu Stande kommt.

Das Schlusscapitel über locale Therapie bringt ein Resumé der bekannten antiseptischen Mittel, deren Gebrauch S. als den wichtigsten Theil der Behandlung betrachtet. Verf's. absprechendes Urtheil über den Werth der Gargarismen kann Ref. nicht theilen. Entsprechend ausgeführt leisten dieselben ebenso viel wie das Ausspritzen und sind für den Patienten weniger unangenehm. Be-

pinselungen mit Sublimat 1:500, Inhalation mit Carbolsäure, zum Gurgeln Borsäure, Kali hypermanganicum 1 bis 3 proc., Salicylsäure 2 bis 4 proc. werden empfohlen. Eine kurze Besprechung der Indicationen zur Tracheotomie und Intubation beschliesst die Arbeit. HERYNG.

74) **Spronck, E. Wintgens und Van den Brink. Der Diphtheritisbacillus (Klebs-Löffler) und seine pathogene Bedeutung. (De Diphtherie-Bacil (Klebs-Löffler) en zijn Pathogene Beteeknis.)** *Weekbl. van Het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. Thl. No. 22. 1889.*

Den Anlass zu den Untersuchungen der Autoren gab eine Diphtheritisepidemie in Horn (Limburg), einer Gemeinde von 1000 Einwohnern.

Bezüglich der Resultate und der bacteriologischen Untersuchungen, die nichts Neues bringen, muss auf das Original verwiesen werden. BAYER.

75) **J. T. Potter. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times and Register. 17. August 1889.*

P. empfiehlt Calomel in kleinen Dosen häufig gegeben, nicht der cathartischen Wirkung wegen, sondern um das gesammte System der Drüsen zu freierer Secretion anzuregen.

Local zieht er Argent. nitricum vor. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **Gil y Ortega** (Madrid). **Zur Diphtherie. (Observacione sobre le difteria.)** *Boletin de Medicine y Cirurgia. Septbr. 1889.*

Verf. hält die Diphtherie für eine Localerkrankung, die von Bacterien hervorgerufen wird, welche dann auch, aber nicht immer, eine allgemeine Infection und zwar wahrscheinlich durch ihre Producte zu Stande bringen.

SENTINON.

77) **Mariani** (Madrid). **Zur Diphtherie. (Dos palabras sobre la difteria.)** *Revista de Med. y Cir. Prácticas. October 1889.*

Verf. resümirt seine Bemerkungen dahin, dass die Diphtherie eine Allgemeininfection mit Localisation an bevorzugter Stelle ist, die in einer schweren, schnell tödtlichen, toxischen Form, die keinerlei Behandlung zugänglich ist und in einer leichten, bei jeder wie bei gar keiner Behandlung günstig verlaufenden Form auftritt. Die Behandlung muss allgemein tonisch sein; eine allenfallsige locale Behandlung darf nur einfach und möglichst wenig belästigend sein; alle energischen und häufigen Eingriffe sind unnütz und selbst gefährlich. SENTINON.

78) **W. P. Northrup. Diphtherie des Pharynx und Oesophagus. (Diphtheria of the pharynx and oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 17. August 1889.*

Das Interesse des Falles liegt in der besonderen Localisation des diphtherischen Processes im Rachen und dem Oesophagus, in dem ausgedehnte Ulceration bestand. LEFFERTS.

## e. Kehlkopf und Luftröhre.

79) **Uchermann** (Christiania). **Larynxpapillom endolaryngeal, operirt bei einem Kinde.** *Medicinsk Lelskabs Forhandlinger. Christiania 1889.*

7 1/2 Jahre altes Kind. Seit dem 3. Jahre vollständig aphonisch. Introitus laryngis war von einer blumenkohlartigen Geschwulst ausgefüllt. In 5—6 Sitzungen wurden die Geschwulstmassen, die von den Wänden der Basis der Epiglottis und den oberen Flächen der Stimmbänder entsprangen, mittelst Drahtschlinge entfernt. — Das Endresultat war sehr schön, und die Stimme des Mädchens war 3 Monate nach der Behandlung vollständig rein, ohne Spur von Neubildung im Larynx.

SCHMIEGELOW.

80) **Moncagé. Geschwulst der Plicae ary-epiglotticae. (Tumeur des replis ary-épiglottiques.)** Soc. sc. méd. Lyon in: *Lyon méd. 21. Juli 1889.*

Es handelt sich um eine fibrocystische Geschwulst, die von Garel mit der galvanischen Schlinge entfernt wurde.

E. J. MOURE.

81) **L. Przedborski** (Lodz). **Prolapsus ventriculi Morgagni. (Wypadniecie bloay sluzavej zatoki Morgagniego.)** *Gazeta lekarska. 1889.*

Erste Beobachtung. Bei einer mit chronischer Lungenphthise behafteten Patientin, die über intermittirende Stimmstörungen klagte, ergab die Untersuchung des Kehlkopfes Verdickung der Aryknorpel, unvollkommenen Stimmbandschluss, bei Phoniren im vorderen Drittel der Stimmbänder schob sich vom rechten Stimmbande aus eine längliche glatte röthliche Falte vor, die zwischen falschem und wahrem Stimmbande entsprang und vom Verf. als Prolapsus der Schleimhaut des Morgagnischen Ventrikels angesehen wurde. Nach Milchsäure-Behandlung und Aetzungen der Falte mit Chromsäure wurde bedeutende Besserung der Stimme erlangt.

Der zweite Fall wurde bei einem mit Emphysem und Bronchitis behafteten 65 jährigen Gutsbesitzer beobachtet. Patient klagte über Heiserkeit, zeitweise über Aphonie und Dyspnoe. Im Larynx Hyperämie der Schleimhaut der Epiglottis und der hinteren Larynxwand. Ref. findet es für oportun eine wörtliche Uebersetzung des Originals zu geben: „das rechte wahre Stimmband ist in seiner ganzen Ausdehnung sichtbar und bedeckt sechs glatte, rundliche, hellrothe, mit breiter Basis aufsitzende Geschwülste, von denen eines fast kirschengross in die vordere Larynxhälfte hinabreicht, dieselbe verengt und durch Hineinpressen zwischen die Stimmbänder das Annäheren derselben verhindert. Die übrigen 5 kleineren Tumoren reichen bis zum freien Rande des rechten Stimmbandes und sind erbsengross. Beï Berührung mit der Sonde erweisen diese sechs Tumoren eine weiche Consistenz, bluten leicht und sind wenig erectil; bis zu einen gewissen Grade lassen sich die kleineren Tumoren in den Raum zwischen wahrem und falschem Stimmband hineinpressen, wobei ihre Wände einsinken und den Eindruck von verdickten Schleimhautfalten machen.“ In drei Sitzungen wurden

alle sechs Tumoren mit der Fauvel'schen Zange abgetragen. Die grösste Geschwulst war glatt, inwendig leer, der normalen Schleimhaut ähnlich, ebenso wie die kleineren später exstirpirten Tumoren. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht ausgeführt, daher hat Ref. es unterlassen die Arbeit kritisch zu besprechen. HERYNG.

82) **A. v. Sokolowski** (Warschau). **Ein Beitrag zur Casuistik und Therapie des primären Larynxcarcinoms. (Przyczynek do kazuistyki i terapii fier crotnego raka ketani.)** *Gazeta lekarska. No. 12. 1889.*

Bei einem hereditär belasteten 40jährigen Kaufmann, der seit einigen Jahren an Heiserkeit und Husten gelitten und frei von Syphilis war, zeigte der Kehlkopfspiegel: leichtes Oedem des rechten Ary-Knorpels, partielle Infiltration des rechten Stimmbandes mit verminderter Beweglichkeit desselben. In der rechten Lunge hinten oben verlängertes Exspirium. Fünf Monate später wegen Erscheinungen der Larynxstenose Tracheotomie. Der Kehlkopfspiegel zeigte beide Ary-Knorpel verdickt, Stimmbänder wenig beweglich, das rechte zeigte im vorderen Driitel ein wallartiges dunkelrothes Infiltrat, welches später exulcerirte und sich mit papillomatösem Wucherungen bedeckte. Die mikroscopische Untersuchung der entfernten Wucherungen erwies dieselben als Fibroma papillosum. (Dr. Przewóski.) Im Monat März konnte die Canüle entfernt werden, doch zeigten sich nach 6 Monaten heftige Stenosenerscheinungen, die zur Wiederholung der Tracheotomie zwangen. Als Ursache der Dyspnoe ergab der Spiegel ein Recidiv am rechten Stimmbande. Die Neubildung wurde entfernt und mikroscopisch von Dr. Przewóski als Papillom definirt. Eine weitere Untersuchung eines grösseren später noch einmal entfernten Gewebsstückes zeigte diesmal, dass die Neubildung ein Carcinoma keratoides war. Eine kritische Besprechung dieses Falles findet der Leser im Centrbl. für Laryngologie Jahr. 89. S. 312.

Der Fall lehrt, wie schwierig in manchen Fällen von Carcinom trotz mikroscopischer Untersuchung die Diagnose ist. HERYNG.

83) **G. R. Jowler** (New-York). **Ein Fall von modificirter Laryngotomie wegen Epitheliom des Kehlkopfs. — Heilung. (A case of modified laryngotomy for epithelioma of the larynx; recovery.)** *Internat. Journ. of the med. scienc. Octbr. 1889.*

Die Operation hatte den Zweck, eine Methode practisch zu versuchen, die Solis-Cohen empfohlen hat. Der Hauptpunkt ist der, dass der Schildknorpel zurückbleibt, während alle weichen Theile im Innern entfernt werden; ebenso blieb auch der Ringknorpel in diesem Fall zurück. Wer sich dafür interessirt, sollte den Bericht über die Operation im Original lesen. Es ist erwähnenswerth, dass die Operation unter einer Stickoxydnarcose ausgeführt wurde. — Sie dauerte im Ganzen 1 Stunde 40 Min. P. M'BRIDE.

84) **Nikolaysen** (Christiania). **Carcinoma laryngis; Laryngofissio, Exstirpation.** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. pag. 883. December 1889.*

66 jähriger Mann, wurde im Spitale am 28. Januar 1889 aufgenommen. Seit 1 Jahr Schluckbeschwerden, bisweilen Schmerzen im Halse wenn er erkältet

war. Seit 4 Monaten heiser. Vor ungefähr 5 Wochen wurde er von Oberarzt Finne laryngoscopirt, und eine Geschwulst im Kehlkopfe entdeckt; von dieser wurde mittelst Zange ein Stück weggenommen und untersucht; es schien eine epitheliale Neubildung zu sein. Bei der laryngoscopischen Untersuchung am 1. Februar wurde der hintere Theil des rechten Lig. aryepiglotticum geschwollen gefunden, und auf dem Bande konnte eine 2 Ctm. lange, etwas zugespitzte, mit einer 1 Ctm. breiten Basis versehene Geschwulst gesehen werden. Die Stimme ist heiser und rauh. Operation: Chloroformnarcose; Tracheotomie-Thyreotomie. Der oberste Theil der Trachea und der untere Theil des Kehlkopfes wurde tamponirt. Die zwei Hälften der Cartilago thyreoidea wurden von einander gezogen, und mittelst Scheere und scharfen Löffels wurde der Tumor exstirpirt. Die Neubildung bestand aus zahlreichen Zapfen von Plattenepithel, die theilweise „Nestchen" einschlossen und die tief in das unterliegende Bindegewebe eindringen. Der Pat. wurde am 21. Februar entlassen, starb aber an Recidiv am 27. Mai desselben Jahres.

SCHMIEGELOW.

85) **Bessel-Hagen** (Heidelberg). **Ueber einen glücklich verlaufenen Fall von Laryngofissur mit Exstirpation eines Rundzellensarcoms unterhalb der Stimmbänder.** 62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg 1889. *Centralbl. f. Chirurgie. 50. 1889.*

52jähriger Mann, bei welchem vor einem Jahre die Laryngofissur wegen eines Sarcoms ausgeführt worden war, das links in dem subchondralen Raume nahe der hinteren Kehlkopfwand seinen Ausgang genommen hatte und im Verlaufe eines halben Jahres bis zu der Grösse einer Kirsche angewachsen war, so dass es schliesslich den grössten Theil der Kehlkopfhöhle ausfüllte. Es gelang bei der Laryngofissur, die Geschwulst mitsammt dem Perichondrium von der Unterlage abzuheben, und zu umschneiden. Nachher Cauterisation des Schleimhaut- und Periostdefectes.

SEIFERT.

86) **Salzer** (Wien). **Zur Casuistik der Kehlkopfoperationen.** *Archiv für klin. Chirurgie. XXXIX. 2. 1889.*

Mittheilung von 11 neuen auf der Billroth'schen Klinik ausgeführten Kehlkopfoperationen. In 10 Fällen handelte es sich um Carcinoma laryngis, bei welchem theils Laryngofission theils Resection der erkrankten Larynxhälfte vorgenommen wurde, in einem Falle von Papilloma laryngis (5 jähriger Knabe) wurde die Laryngofission gemacht. Daran schliesst S. eine Tabelle von sämmtlichen in den letzten $4^1/_2$ Jahren von Billroth ausgeführten Kehlkopfoperationen und Bemerkungen über die Indication zu radicalen Eingriffen, Prognose, Resultate und Methodik derselben.

SEIFERT.

87) **Wassermann** (Heidelberg). **Ueber die Exstirpation des Larynx.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXIX. S. 6. 1889.*

W. hat sich der grossen Mühe unterzogen, nicht nur die bisher veröffentlichten Fälle von totaler und partieller Exstirpation des Larynx zu sammeln, sondern auch so viel als möglich directe Erkundigungen über den weiteren Verlauf der operirten Fälle einzuziehen, wodurch die Arbeit sehr an Werth ge-

wonnen hat. Auser 3 noch nicht publicirten Fällen aus der Czerny'schen Klinik wurde W. in Folge seiner Nachfragen in den Stand gesetzt, auch noch einige weitere noch nicht veröffentlichte Fälle mitzutheilen.

Die Tabellen enthalten 121 Fälle von Totalexstirpation wegen Carcinom, 19 Fälle von Totalexstirpation wegen anderer Indicationen (Sarcom, Tuberculose, Papillom, Perichonditis etc.), 55 Fälle von partieller Exstirpation wegen Carcinom, 24 Fälle von partieller Exstirpation wegen anderer Indicationen (Sarcom, Tuberculose, syphilit. Stenose, Lupus etc.).

Ausführlich werden die verschiedenen Operationsmethoden, die Resultate der Operationen, Indicationen und Contraindicationen zur totalen und partiellen Exstirpation besprochen, dazu auch die Diagnose des Carcinoma laryngis. Die Besichtigung der Tabellen ergiebt, dass die partielle Exstirpation, sowohl bei Carcinom als bei anderen Processen ausgeführt, eine etwas bessere Prognose giebt, als die totale Exstirpation, ganz abgesehen von der Möglichkeit, functionell bedeutend bessere Erfolge erzielen zu können. SEIFERT.

88) **Horazeck** (Mindelheim). **Ueber das Vorkommen von Membranen, namentlich membranöser Verwachsungen im Kehlkopf.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1889.

Bericht über einen Fall, in welchem es sich um ein 22jähriges Mädchen handelte, welches in Folge hereditärer Syphilis auch an einer Affection des Larynx erkrankte, die schliesslich zu einer membranartigen Verwachsung des Larynxinneren führte. Nur am hintersten Abschnitt der Glottis blieb eine rundliche, unregelmässige Lücke für den Durchgang der Luft frei. Störk nahm die Trennung der die Glottis verschliessenden narbigen Membran vor, indem er ein keilförmiges Stück aus der Membran herausschnitt. Der Erfolg der Operation war ein zufriedenstellender. SEIFERT.

89) **Juffinger** (Wien). **Vollständiger narbiger Verschluss des Larynx; Heilung auf intralaryngealem Wege.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1889.*

Aus unbekannter Ursache trat vor $2^1/_2$ Jahren Stenose des Kehlkopfes ein und musste tracheotomirt werden. Bald nachher bildete sich völlige narbige Atresie aus, die durch Laryngofission nur für kurze Zeit gebessert wurde. Schrötter konnte wieder völlige Atresie durch Juxtapposition der Aryknorpel und narbige Verwachsung der verdickten Taschenbänder nachweisen. Einlegen von Fäden mit Hilfe einer Harpune, später von Bolzen und Bougierung mit den Hartkautschukröhren brachte endlich völlige Erweiterung der Glottis zu Stande. Dabei zeigten sich die Stimmbänder ziemlich gut erhalten, so dass die Stimme tönend wurde. Bis Mai 1889 konnte übrigens die Canüle nicht entfernt werden.

CHIARI.

90) **Achilles Behr. Zur Casuistik der primären Perichondritis laryngea.** Dissertation. München 1889.

Nach ausführlicher Erörterung der Frage, ob es eine primäre Larynxperichondritis gebe, theilt B. einen selbst beobachteten Fall mit, eine 67jährige Frau betreffend. Es fand sich bei der Section Abscessbildung mit Knorpelnecrose im unteren Theile der Ringknorpelplatte mit Durchbruch in den Ventr. Morgagni.

Croupöse Pneumonie des linken unteren Lungenlappens und allgemeine Atheromatose. Weder Syphilis noch Tuberculose oder Fremdkörper etc. konnte nachgewiesen werden; möglicherweise war die Krankheit rheumatischen Ursprungs oder durch Einwanderung von Infectionserregern durch die unverletzte Schleimhaut hervorgerufen. Zum Schlusse analysirt Verf. eine Anzahl in der Litteratur angeführter Fälle scheinbarer primärer Perichondritis und kommt zu dem Resultate, dass in mehreren die dyscrasische Natur des Leidens mehr als wahrscheinlich war.

SCHECH.

94) **A. v. Sokolowski** (Warschau). **Ein Fall von Kehlkopffractur. (Przypadek złamanice krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 17. 1889.*

Ein 20jähriges Bauernmädchen wurde vom Rad einer Maschine an der Schürze, die sie am Halse geknüpft hatte, gefasst und fühlte sofort einen heftigen Schmerz in der Kehlkopfgegend. Sehr bald entwickelte sich Athemnoth und copiöser Bluthusten. Die Untersuchung, die einige Stunden später vorgenommen wurde, ergab Hautemphysem und diffuse Schwellung des Halses, an der linken Hälfte des Schildknorpels deutliches Crepitiren, daselbst eine Vertiefung; die Palpation schmerzhaft. Die Untersuchung mit dem Spiegel zeigte leichte Schwellung und Röthung der Epiglottis, in der Tiefe zwei dicke, rothe Wülste in der Gegend der Taschenbänder, welche die ganze Kehlkopfhöhle ausfüllen und von denen der linke dicker war, als der rechte. Die hintere Larynxwand war nicht zu sehen. Bei vorgenommener Tracheotomie fand man im unteren Theile des Schildknorpels eine Höhle, welche durch Zersplitterung des unteren Winkels des Schildknorpels und des oberen Randes des Ringknorpels entstanden war. Die Oeffnung wurde erweitert und eine Canüle eingelegt, vordem zwei bohnengrosse Knorpelstücke entfernt. Die purulente Secretion war die ersten zwei Wochen foetid, vier Wochen später verminderte sich der Husten und Auswurf, das Athmen wurde frei. Versuche die Canüle zu entfernen misslangen wegen eintretender Dyspnoe. Bei der Untersuchung mit dem Spiegel erschien die hintere Kehlkopfwand blass und tiefer gestellt als die Santorinischen Knorpel. Die Rima glottidis hatte eine rhomboide Form, war ca. 1 Ctm. breit, die Trachea war nicht zu sehen. Die schon beschriebenen rothen Wülste, die parallel den Taschenbändern verliefen, näherten sich bei der Phonation, doch unvollständig. Unter ihnen war auf der rechten Seite der Rand des rechten Stimmbandes sichtbar. Beide Ligamenta ary-epiglottica verliefen nicht von aussen nach innen, sondern von vorn nach hinten und von oben nach unten, also fast perpendiculär, und zwar deshalb, weil die Santorinischen Knorpel seitwärts deplacirt waren, und der Zwischenraum doppelt so breit war wie normal. Auch bei der Phonation sah man zwischen ihnen eine $2^1/_2$ Ctm. breite Spalte. Als nach zwei Monaten die Canüle noch nicht entfernt werden konnte, wurde angenommen, dass sich unter der abgehobenen Schleimhaut vielleicht noch Knorpelstücke befänden und die Laryngofissur von Dr. Bukowski ausgeführt. Nun zeigte es sich, dass die hintere Wand des Ringknorpels vollkommen fehlte und dass sich in Folge dessen die vordere Speiseröhrenwand in die Kehlkopflichtung vorbuchtete. Weitere Eingriffe wurden natürlich unterlassen, und entliess die Heilanstalt die Patientin mit der Canüle. Ein Jahr später stellte

sich die Kranke wieder vor, ihr Zustand war unverändert. Wiederholte Versuche die Canüle zu entfernen blieben auch jetzt erfolglos. HERYNG.

92) **Hildebrandt** (Hettstädt). **Ein Beitrag zur Tracheotomie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 13. 1889.*

H. macht bei Kindern die Tracheotomia inferior, weil

1. Die Gland. thyr. nicht in den Schnitt kommt.
2. Das Innere der Trachea unterhalb der Schilddrüse weiter ist.
3. Die Operation nach der gleich zu erwähnenden Methode rascher vollendet wird.
4. Die Trachealschleimhaut hier häufig noch frei von Membranen ist.
5. Die Knorpel sich weniger leicht nach innen umlegen.
6. Keine quer verlaufenden Blutgefässe vorkommen.

Die angewandte Methode ist wesentlich stumpfe Trennung durch Häkchen nach dem Hautschnitt. LANDGRAF.

93) **Hildebrandt. Eine Trachealcanüle zur Verhütung der Stenose am oberen Wundwinkel der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1889.*

An der convexen Seite der Canüle findet sich ein Ausschnitt von der Form eines liegenden T zur Aufnahme eines kolbenförmigen Vorschiebers, welcher durch eine Schraube festgestellt die vordere Trachealwand zurückhält. (Instrumentenmacher Giesemann. Hettstädt.) LANDGRAF.

94) **Pieniazek** (Krakau). **Ueber die Speculirung der Luftröhre durch die Trachealfistel (Tracheoscopie) nach ausgeführter Tracheotomie.** *Wiener med. Blätter. No. 44, 45, 46. 1889.*

P. berichtet an dieser Stelle ausführlich über ein Verfahren, welches er schon früher veröffentlicht hat; es besteht darin, dass man einen Ohrtrichter oder besser eine Zaufal'sche Röhre durch die Trachealfistel in die Luftröhre einführt und mittelst des durchbohrten Reflectors das Licht einfallen lässt. Der Pat. liegt oder sitzt (unbändige Kinder werden derart gehalten, dass der Bauch eingezogen und die Brust vorgedrängt wird) mit stark zurück- und etwas nach der Seite gebeugtem Kopfe, die Trachealfistel und der unmittelbar darunter liegende Luftröhrentheil werden mit 25 proc. alcoholischer Cocainlösung bepinselt., und endlich wird das Speculum eingeführt. Dasselbe ist entweder eine Zaufal'sche Röhre in verschiedener Dicke und Länge oder ein zweiblättriges Speculum, ähnlich wie das von Grünfeld für die Urethra angegebene. Man sieht derart die Trachea bis zur Bifurcation und oft in die Bronchien hinein und zwar in den rechten, wenn der Körper nach links geneigt ist. P. hat mit Hilfe dieser Methode öfters Stenosen, durch Croupmembranen oder Granulationen veranlasst, und Fremdkörper gesehen und mehrmals unter Leitung des Auges hilfreich eingegriffen, indem er die Membranen und fremden Körper entfernte und die Stenosen beseitigte. Einmal entfernte er einen Bolzen aus dem rechten unteren Bronchialast II. Ordnung. Jedenfalls ist diese Methode, wie ich schon vor einem Jahre bemerkte, eine sehr wichtige Ergänzung unserer Mittel zur Untersuchung und Therapie.

CHIARI.

95) **Valette. Die nicht traumatischen Ulcerationen der Luftröhre. (Les ulcérations non traumatiques de la trachée.)** *Gaz. des Hôp. 10. August 1889.*

Verf. studirt die Ulcerationen der Trachea, soweit sie durch die Syphilis, die Tuberculose und den Krebs erzeugt werden. Er beschreibt ihr Aussehen und ihre Symptome und beschäftigt sich mit ihrer Diagnose und Behandlung.

E. J. MOURE.

96) **Braun** (Triest). **Fibröser Polyp der Trachea. Hyperaesthesie und krampferzeugende Wirkung des Cocains. Individuelle Immunität gegen die Folgen von grossen Dosen desselben. Successive Entfernung mit der schneidenden Kehlkopfzange. Vollständige Heilung.** *Wiener med. Blätter. No. 30. 1889.*

Trotz Anwendung von 4 g Cocain. muriat. in einer Sitzung trat keine Anästhesie ein. Nach 5 wöchentlicher Einübung gelang die Entfernung des 1 cm im Durchmesser haltenden, harten, rundlichen Tumors mit Hülfe einer schneidenden Zange.

CHIARI.

97) **Pfeilsticker** (Hall). **Ein Fall von Tracheostenose.** *Med. Corresp.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. 36. 1889.*

Bei einer 36jährigen Frau wurde durch eine Struma cystica Tracheostenose bedingt, welche die Tracheotomie nothwendig machte. Schliesslich wurde die rechte Hälfte der Struma exstirpirt, es trat völlige Heilung ein.

SEIFERT.

98) **Köstlin** (Stuttgart). **Zur Behandlung der Granulationsstenose der Trachea.** *Beiträge zur klin. Chirurgie. IV. 2. 1889.*

K. beschreibt ausführlich einen Fall von Granulationsstenose der Trachea bei einem 5jährigen Mädchen, bei welchem 5 Wochen nach der Tracheotomie (die Canüle war 3 Wochen nach der Operation entfernt worden) wegen Erstickungsnoth die Retrotracheotomie gemacht werden musste; ein halberbsengrosser Granulationsknopf wurde aus dem oberen inneren Wundwinkel entfernt. Es stellten sich bald Recidive ein, die Granulationen wurden mit dem Voltolini'schen Schwamm mehrmals entfernt und schliesslich Heilung erzielt. Die Schwammmethode hat den grossen Vortheil, dass eine Leitung durch den Spiegel überflüssig und ihre Anwendung selbst bei widerspenstigen Kindern möglich ist.

SEIFERT.

99) **J. Sedziak** (Warschau). **Ueber Intubation. (Intubacyja krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 45, 47, 49. 1889.*

Ausführliche literarische Zusammenstellung fast aller bisher über diesen Gegenstand publicirten Arbeiten, doch meistentheils mit Benutzung von Referaten.

HERYNG.

100) **Heddaeus. Ueber Dysphagie durch Anschwellung der Bronchialdrüsen und Schlund-Luftröhrenfistel, nebst Bemerkungen über Gallensteinkolik.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 36. 1889.*

Ein tuberculöser Achatschleifer bekam Schlingbeschwerden, die auf ein hinter dem Manubrium sterni liegendes Hinderniss bezogen werden mussten.

Später bildete sich eine oesophago-tracheale Fistel. Die Obduction ergab eine Communication von Kleinfingerspitzen-Stärke. Pathologisch-anatomisch wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Carcinom gestellt. LANDGRAF.

## f. Schilddrüse.

101) **Monod. Tumor der Schilddrüse und Exophthalmus. (Tumeur du corps thyroide et exophthalmie.)** Soc. de Chir. in: *Gaz. des hôp. 16. Juli 1889.*

Tumor und Exophthalmus sind rechtsseitig. Das rechte Auge ist zerstört, links ist nichts. Sonstige Symptome Basedow'scher Krankheit sind nicht zu constatiren.

E. J. MOURE.

102) **Dieulafoy. Basedow'sche Krankheit — beträchtliches Oedem der unteren Extremitäten. (Maladie de Basedow — Oedème considérable des membres inférieurs.)** *Paris méd. 13. Juli 1889.*

Oedem bei Basedow'scher Krankheit lässt sich auf verschiedene Ursachen beziehen und hat nicht immer eine ernste Bedeutung. Die Kranke, die D. Anlass zu seiner Mittheilung giebt, genas vollständig. E. J. MOURE.

103) **Leclerc. Basedow'sche Krankheit. (Goitre exophthalmique.)** *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences. Paris. August 1889.*

Es handelt sich um ein junges Mädchen von 26 Jahren, die die seltene Affection einer Nekrose an beiden Corneen darbot. E. J. MOURE.

104) **L. Jumon. Accessorische Symptome bei Basedow'scher Krankheit; bulbäre Theorie der Krankheit. (Symptômes accessoires du goitre exophthalmique; théorie bulbaire de la maladie.)** *La France méd. 27. u. 31. August 1889.*

Nach den neueren Untersuchungen wird es mehr und mehr wahrscheinlich, dass die Basedow'sche Krankheit auf bulbären Veränderungen beruht, die in hervorragender Weise geeignet sind, den Symptomencomplex der Krankheit herbeizuführen. E. J. MOURE.

105) **Savile** (London). **Fall von Myxoedem bei einem Manne. (Case of myxoedema in a man.)** *Brit. Med. Journ. 30. Nov. 1889.*

Demonstration des Patienten, eines 45jährigen Mannes, am 25. November 1889 vor der Med. Society of London. Typischer Fall. SEMON.

## g. Oesophagus.

106) **F. Massei (Neapel.) Ein Fall von Oesophagusstenose. (Un caso di stenosi esofagea.)** *Rivista clinica dell' Univ. di Napoli. Juli u. ff. 1889.*

Klinische Vorlesung. CARDONE.

107) **Klemperer. Ein Fall von Oesophaguscarcinom. Uebergreifen auf das Herz. Herzgangrän. Tod durch Hirnembolie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 19. 1889.*

Der Titel deckt den Inhalt. LANDGRAF.

108) **D. N. Knox** (Glasgow). **Ein Fall von Gastrostemie wegen maligner Oesophagusstrictur. (A case of gastrotomy for malignant stricture of the oesophagus.)** *Glasgow Med. Journ. August 1889.*

Die Ueberschrift kennzeichnet die Natur des Falles zur Genüge.

P. M'BRIDE.

109) **John J. Weaner. Ein Fall von Gastrostomie wegen Oesophagusstrictur; Tod drei Monate nach der Operation in Folge alter Lungenkrankheit. (Case of gastrostomy for stricture of oesophagus — death three months after operation from old lung disease.)** *Liverpool Med. and Chir. Journn. Juli 1889.*

Der Titel zeigt die Natur des Falles. P. M'BRIDE.

---

# II. Gesellschaftsbericht.

**Jahresversammlung der British Medical Association zu Leeds. August 1889.**

Section für Laryngologie.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

Discussion über:

Tonsillitis, die verschiedenen Arten derselben und ihre Beziehung zum Rheumatismus.

1. C. W. Haig-Brown begann damit, zu zeigen, dass essentielle Verschiedenheiten zwischen den folliculären und interstitiellen Formen bestehen, obgleich in ätiologischer Hinsicht beiden manche Punkte gemeinsam sind, wie Nebel und die septische Infection. Darauf untersuchte Redner die Beziehungen zwischen Rheumatismus und Tonsillitis; er bezog sich hierbei besonders auf seine eigene Erfahrung in einem bekannten grösseren Institute, in dem vor wenigen Jahren ein erschrecklicher Ausbruch von Tonsillitis und Rheumatismus stattfand. In 2 Fällen von folliculärer Tonsillitis sah er Endocarditis verbunden mit Hyperpyrexie; trotzdem endeten beide Fälle nicht ungünstig. Chorea oder Iritis schienen nicht auf Tonsillitis zu folgen. Eine antirheumatische Behandlung leistete keine Dienste gegen die Tonsillitis. Redner glaubt, dass der kritische Temperaturabfall am dritten Tage viel mit der vermeintlichen Wirksamkeit gewisser Mittel zu thun hat. Nach der Analogie mit anderen Krankheiten nimmt Redner an, dass specifische Keime ihren Weg in den Körper unter günstigen Bedingungen für ihren Eintritt finden und dann ihre Anwesenheit durch eine Entzündung der Tonsillen und der fibrösen und fibro-serösen Häute zur Erscheinung bringen. Weiter nimmt er an, dass gute Gründe vorliegen, die folliculäre Tonsillitis als eine specifische febrile Störung anzusehen. Gerade darin, dass ein Anfall der Erkrankung für einen zweiten disponirt, haben wir eine Analogie mit solchen Affectionen, wie Diphtherie, Malaria und vielleicht catarrhalische Pneumonie.

2. A. E. Garrod, M. D., gab zuerst einen Ueberblick über die mannigfaltigen Anschauungen der verschiedenen Autoritäten und wandte sich dann zu dem Ergebniss der Statistik, die für eine Verbindung von Rheumatismus und Tonsillitis spricht. Von 169 Patienten mit Tonsillitis und Pharyngitis hatten mehr als der 4. Theil rheumatische Beschwerden. G. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Beides, Tonsillitis und Pharyngitis, sind bisweilen der Ausdruck rheumatischer Erkrankung. 2. Erscheinungen rheumatischen Ursprungs sind in etwa $^1/_3$ aller Fälle vorhanden. 3. Wahrscheinlich sind manche Fälle von Rheumatismus im Verlaufe infectiöser Halserkrankung Abortivformen von wirklicher Scarlatina. 4. Starke Gelenkschmerzen in Verbindung mit Halskrankheit geben die Sicherheit des rheumatischen Ursprungs der Krankheit. 5. Wenn die Halsaffection der hervorstechendste Zug der Krankheit ist, ist die Tendenz zu Affectionen des Endocards und Pericards eine relativ geringe.

3. Lennox Browne betonte in seinem Beitrag zur Discussion, dass er der erste war, der auf die Verbindung von Tonsillitis und arthritischer Diathese hingewiesen hat; neue Beobachtungen zu diesem Gegenstande vermochte er nicht beizubringen. Er hob hervor, dass auch die Wirksamkeit der Salicylpräparate bei Tonsillitis für den Zusammenhang mit Rheumatismus spräche.

4. R. Hingston Fox, M. D., beschäftigte sich im ersten Theile seiner Rede mit einer Aufstellung der klinischen Erscheinungen der acuten folliculären und interstitiellen Tonsillitis. Wir erwähnen daraus nur die Bemerkung, dass beim acuten Rheumatismus die Tonsillen oft entzündet sind und dass acute arthritische Symptome gewöhnlich mit den verschiedenen Formen von Tonsillitis verknüpft sind. Im zweiten Theile besprach G. einige der wichtigeren Theorien. Er kam zu dem Schlusse, dass Scarlatina, Diphtherie, epidemische Anginen und einfache Tonsillitis durch Ursachen ähnlicher Art hervorgebracht werden und er ist der Ueberzeugung, dass man sie als specifisch bezeichnen sollte. Diese Affectionen, zusammen mit dem Abdominaltyphus und dem acuten Rheumatismus müssten in eine Krankheitsgruppe vereinigt und als lympho-rheumatische Krankheiten bezeichnet werden; sie alle haben mancherlei Symptome gemein. Der Tonsillarabscess wäre nicht in diese Gruppen einzuschliessen, während die Syphilis als ein specifisches Fieber betrachtet und mit den erwähnten Krankheiten vereinigt werden könnte. [? Red.]

In der weiteren Discussion sagte Dr. Barclay Baron, dass man in allen Fällen von acuter Tonsillitis den Zustand des Herzens untersuchen müsste. Er ist der Ansicht, dass eine vorübergehende Pharyngitis gewöhnlich der Vorläufer anderer Symptome von acutem Rheumatismus ist. Dr. Warden erklärt, dass er nie einen Fall von acutem oder selbst chronischem Rheumatismus sah ohne eine gewisse Congestion der Tonsillen und der benachbarten Schleimhaut. Dr. de Havilland Hall glaubt, dass die Wichtigkeit der Verbindung zwischen Tonsillitis und Rheumatismus gar nicht überschätzt werden könne. Er erwähnt einen interessanten Fall von pericardialem Reiben und einem Geräusch an der Spitze bei einem Fall von folliculärer Tonsillitis. H. setzt weiterhin einen Zusammenhang zwischen Erysipel und folliculärer Tonsillitis voraus.

Discussion über:

## Perichondritis des Kehlkopfs.

Es sprachen Dr. de Havilland Hall und Dr. Greville Macdonald; der erstere gab am Schlusse seiner Bemerkungen ein gedrängtes Resumé über die Frage, indem er nach einander die Frage discutirte: 1. Giebt es eine primäre Perichondritis des Kehlkopfs? 2. Was sind die pathognomonischen Symptome der Krankheit, wenn sie im Verlauf von Tuberculose, Syphilis oder Krebs auftritt? 3. Kommt die Krankheit bei Abdominaltyphus vor? 4. Welches sind die Ursachen dsr Dyspnoe? und schliesslich 5. Wie stellt sich die Prognose? Welches ist die Behandlung? Redner brachte die Gründe bei, weshalb er die primäre Perichondritis für möglich hält und er führte Fälle an, die diese seine Anschauung unterstützen. Er wandte sich dann eingehend den diagnostischen Zügen zu, wobei er betonte, dass die Hauptschwierigkeit in den Fällen von krebsiger Erkrankung liege. Er illustrirte diese Bemerkung durch Fälle, die ihm in seiner eigenen Praxis vorgekommen waren, wo Irrthümer gemacht wurden oder doch gemacht werden konnten. In allen Fällen von anscheinender primärer Perichondritis warnte er vor einer positiven Meinungsabgabe. — Redner hat niemals Blutungen aus dem Kehlkopf bei syphilitischer oder tuberculöser Perichondritis getroffen. — Einige interessante statistische Bemerkungen über die Perichondritis bei Abdominaltyphus werden gemacht und schliesslich auch die Anschauungen des Redners über die anderen oben genannten Fragen zusammenfassend vorgetragen.

Dr. Greville Macdonald's Bemerkungen bezogen sich grösstentheils auf zwei Fälle von idiopathischer Perichondritis, die beide zu völliger Heilung kamen, der eine, nachdem die Tracheotomie ausgeführt worden war. In beiden hatten sich vom Schildknorpel aus Fisteln am Halse gebildet. In dem einen Falle bestand völlige Stenose infolge der allgemeinen Infiltration aller intralaryngealen Gewebe, während im anderen Falle unterhalb der Glottis eine profuse Entwickelung von Granulationsgewebe stattfand, das mit der Zange entfernt und mikroskopisch untersucht wurde. Die Heilung wurde in einem Falle ersichtlich durch die innere Anwendung von Schwefelcalcium und in dem anderen durch eine Inunction über dem Kehlkopf mit Quecksilbersalbe erzielt. Redner erwähnt zwei für die Diagnose der Perichondritis interessante Punkte: 1. Die Schwellung und Verdickung des Schildknorpels, welche er, wie er besonders betonte, auch in den syphilitischen Fällen beobachtete, und 2. das Hervordrängen aller intralaryngealen Gewebe nach der Mittellinie hin. Auch dieses hat er bei den syphilitischen Fällen gesehen. Einen Fall, der diesen Punkt illustriren könnte, hat Redner in der Section im Jahre 1888 vorgebracht.

In der weiteren Discussion erklärte Scanes Spicer, dass er in die primäre Perichondritis, zum mindesten der Epiglottis, keinen Zweifel setze. Er habe einen 10jährigen Knaben in Behandlung, der kein Zeichen von Syphilis oder Struma bietet, bei dem sich die laryngealen Symptome im Verlauf eines acuten Catarrhs, der mit Kehlkopfödem complicirt war, einstellten. Bei diesem Knaben fand sich die Epiglottis nahezu vollständig zerstört, eine granulirende Oberfläche

deckte den Stumpf. S. hält die beständige Thätigkeit, in der sich diese Theile befinden, für hinreichend, die Häufigkeit der Perichondritis in der Nachbarschaft des Crico-arytaenoidgelenkes zu erklären.

Lennox Browne entsann sich nur eines Falles von primärer Perichondritis des Kehlkopfs. Ein sehr frühes Symptom und seiner Meinung nach ein sehr wichtiges ist die subglottische Schwellung des Stimmbandes an der erkrankten Seite. Beschwerden und Schmerz beim Schlucken, das Fehlen einer Neubildung, Ulceration oder Schwellung der Epiglottis hält B. für Zeichen von hoher diagnostischer Bedeutung. Der Vorsitzende hält eine scharfe Unterscheidung für nöthig zwischen den perichondritischen Zuständen, welche Dr. Hall zusammengestellt hat, namentlich zwischen der Perichondritis, die im vorschreitenden Verlaufe eines Carcinoms auftrete und welche von einer Ausbreitung der primären Erkrankung auf oder durch das Perichondrium herrühre, und der Perichondritis, welche in Verbindung mit Typhus und andern fieberhaften Erkrankungen oder als Folge derselben vorkäme.

### Die Thyrotomie bei Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Von Sir William Stokes, M. D.

Der Vortrag beschäftigte sich hauptsächlich mit einem Falle, dèn der Redner kürzlich operirt hat. Seine Bemerkungen begannen mit der Darlegung der beiden einander gegenüberstehenden Meinungen in dieser Frage. Er erwähnte zuerst Dr. Semon's Anschauung, die an Gottstein eine Stütze fand, dass man die Thyrotomie in Fällen von maligner Geschwulst nicht versuchen solle. [Meine Ansichten haben sich in dieser Beziehung sehr geändert. F. S.] Er nahm dann auf Sir Morell Mackenzie's entmuthigende statistische Tabellen Bezug, denen er die Durham'schen entgegenstellte. Die Resultate des letzteren lieferten den Beweis, dass viele von den der Operation zugeschriebenen Gefahren nur in der Einbildung bestehen und dass dieselbe, die nöthigen Vorsichtsmassregeln vorausgesetzt, kein grösseres Wagniss darstellt, als manche der allgemein acceptirten Operationen. — Der Rest des Vortrages galt der genauen Beschreibung eines Falles von Epitheliom des Kehlkopfs und den Schritten, die unter Ausführung der Thyrotomie zur Heilung unternommen wurden. Redner gab sich nicht der Voraussetzung hin, auf irgend einem Wege der Gefahr eines Recidivs vorbeugen zu können, aber er war der festen Ueberzeugung, dass die Beseitigung der den Patienten quälenden Symptome mehr als genügend sei, die Operation zu rechtfertigen. Dr. Mackee, der die Structur der Neubildung mikroskopisch untersuchte, glaubt dieselbe am richtigsten als eine ungewöhnliche Combination von Epitheliom und Sarcom zu bezeichnen.

In der an den Vortrag sich anschliessenden Discussion rieth Dr. Newman die Thyrotomie in 2 Phasen auszuführen: die erste solle in der Eröffnung des Larynx, die zweite in der Entfernung der Geschwulst nach 24 oder 48 Stunden bestehen, nachdem eine eindringendere Untersuchung vorgenommen werden konnte. Lennox Browne ist der Ansicht, dass die Thyrotomie mit folgender Entfernung der malignen Geschwulst grössere Hoffnung auf dauernde Heilung gewähre, wenn sie zeitig genug ausgeführt würde, als die Thyrectomie.

## Granula im Pharynx.

Von L. A. Lawrence, F. R. C. S.

Der Vortrag stützt sich auf die Untersuchung von 200 Patienten, die an gewöhnlichen innerlichen oder chirurgischen Krankheiten litten. Von diesen hatten 168 granulirende Pharyngitis. In 39 pCt. war der Gesundheitszustand ein ganz ungestörter. Bei 28,5 pCt. liess sich eine hereditäre Belastung für Phthisis oder Scrophulose erweisen. Nichtsdestoweniger muss Phthisis als Grundlage ausgeschlossen werden, ebenso wie Rheumatismus. Die Krankheit ist allen Climaten gemein. Die Statistiken scheinen Tabaksgenuss als ätiologischen Factor auszuschliessen, ebenso eine Diathese, das Alter und die Beschäftigung. Das Contagium hält Redner für eine mögliche Ursache, indem er auf das Beispiel des analogen Zustandes der granulirenden Augenlidentzündung Bezug nimmt, bei der die Granula der Structur nach ganz ähnlich sind. — Symptome machte die Affection nur bei 21 unter den 200 Fällen. Bezüglich der Behandlung brachte Redner nichts Neues vor, eine permanente Ueberwachung hält er für unerreichbar.

Dr. Scanes Spicer war der Meinung, dass Verstopfung der Nase häufig die Quelle granulärer Pharyngitis ist. Er hält dafür, dass auf die Heilung der Nasenaffection häufig das Verschwinden der Halssymptome erfolge. Er betonte auch die Thatsache, dass in diesen Fällen oft die Zungentonsillen vergrössert waren. Letzterer Meinung schloss sich Dr. Baron an, der häufig fand, dass man eine Heilung nur erreichen konnte, wenn die Zungenbasis mit Adstringentien, dem rothglühenden Draht oder anderen Causticis behandelt war. Dr. Macdonald stimmte mit den beiden Vorrednern darin überein, dass die Verbindung von Hypertrophie der Lymphfollikel am Zungengrunde mit granulärer Pharyngitis eine häufige sei; dagegen widersetzte er sich energisch der Ansicht Spicer's von dem Ueberwiegen der Nasenverstopfung in diesen Fällen.

## Hals- und Nasenkrankheiten bei Kindern in ihrer Beziehung zu gewissen Störungen des Schlafes, des Charakters, der Stimmung, der Energie, der intellectuellen Kraft und anderer Funktionen des Gehirns.

Vortrag von Scanes Spicer, M. D.

Inhalt und Ziel des Vortrages sind durch den Titel genügend klargestellt. Der Redner suchte nach den möglichen Ursachen der Wirkung auf die Ernährung des Gehirns; er ist der Meinung, dass möglicherweise adenoide Wucherungen einen Druck auf die Carotiden ausüben können, während eine venöse Stauung noch viel leichter zu Stande kommen könnte. Von diesen Hypothesen abgesehen, brachte Redner kaum etwas Bemerkenswerthes vor. Dr. Warden berichtete über einen aussergewöhnlichen Fall von adenoider Wucherung am weichen Gaumen mit einem auf dem äussersten Ende der Wucherungsmasse aufsitzenden Schleimpolypen. Der hervorstechende Zug des Krankheitsbildes war die Angst, die der Patient dabei hatte und die nach jeder der 6 Operationen verschwand, um mit dem Wiedererscheinen der Geschwulst wiederzukommen. Dr. Macdonald erwähnte einen Fall von Epilepsie, den er bei einer Consultation mit Dr. John Davies aus Nottingham sah, und einen anderen Fall von intellectuellem Zurück-

gebliebensein, die beide durch die Entfernung postnasaler Adenoidmassen zur Heilung kamen. Er stellte fest, dass in vielen Fällen das Schnarchen wegen Verstopfung der Nase während des Athmens durch die Nase zu Stande käme. Der Mund ist dann, trotz der Nasenstenose fest geschlossen. In solchen Fällen wird der verminderte barometrische Druck innerhalb der Luftwege durch die Einziehung der vorderen Halsdreiecke während der Inspiration zur Anschauung gebracht. Der unzureichende Ersatz der Luft führt in seiner Wiederkehr zu mangelndem O-Gehalt des Blutes und diesen Zustand möchte M. für manche Symptome verantwortlich machen, die gewöhnlich als Reflexactionen angesprochen werden.

Ueber Empyem der Kieferhöhle mit einer Analyse von 15 Fällen.
Von Greville Mac Donald, M. D.

Hauptinhalt des Vortrags bildet der Satz, den Redner besonders betont, dass Eiter in der Highmorshöhe mehr als ein Symptom, wie als eine Krankheit per se anzusehen ist. — Beim Versuch für die positive Diagnose des Zustandes mehr Licht zu gewinnen, wird eine sorgfältige Analyse aller subjectiven Symptome gegeben. Das hauptsächlichste ist Schmerz oder Empfindlichkeit über den Nasen- oder Backenknochen der erkrankten Seite. Redner räth zur Eröffnung der Höhle von einem prämolaren oder molaren Zahnraum aus, weil bei der Entleerung des Eiters durch die Nase die Schwierigkeit für die Drainage so gross ist. Er hat diese Behandlung in 10 von 15 Fällen mit Erfolg praktisch erprobt.

Rhinosklerom.

Dr. W. Robertson sprach über diesen Gegenstand und stellte zugleich 2 Fälle von Rhinosklerom vor. Der erste Fall bot totale Verstopfung mit Deformität der Nase dar, Verdickung der Nasenflügel, Verdickung und Induration der Wände des Nasenrachenraums, welcher dabei in seiner Ausdehnung beträchtlich reducirt war und eine Verengerung der Eustachischen Röhren zeigte; ferner Induration mit Narbenbildung in Kehlkopf und Luftröhre und knotige Schwellungen am oberen Zahnfleisch. Diese Symptome bestanden unverändert seit 16 Jahren. Der zweite Fall bot eine Deformität der Nase, beiderseitige Verstopfung der Nase, Annäherung des Gaumensegels an die hintere Rachenwand, fast vollständige Obliteration des Nasenrachenraums, narbige Schrumpfungen im Kehlkopf und eine halbkreisförmige, leistenartige Erhebung in der Luftröhre. Die Symptome bestanden bereits 13 Jahre. — Die allgemeine Ansicht der Versammlung nach der Untersuchung der Fälle schien dahin zu gehen, dass die Fälle eher wie Syphilis oder möglicherweise wie Lupus aussähen, als wie Rhinosklerom; man gab aber zu, dass sie in manchen Punkten ausnahmsweise Verhältnisse zeigten. Dr. Robertson erklärte in seiner Erwiderung, dass er, wenn er nicht in jüngster Zeit Studien an Schrötter's Klinik in Wien getrieben hätte, selbst starke Zweifel in die Natur der Erkrankungen setzen würde; aber die Indurationen waren, wie er betonte, allen bei Lupus und Syphilis gefundenen Formen ganz und gar nicht ähnlich, andererseits unterschieden die histologischen Charakteristica der das Infiltrat bildenden Zellen dieses von jenen beiden; die Zellen waren wohlgebildet und liessen jedes Zeichen von Degeneration vermissen.

Greville Macdonald (London).

# III. Briefkasten.

## Personalia.

Unserem Collegen J. Gottstein ist der Professortitel beigelegt worden. Wir zweifeln nicht, dass diese längst verdiente Auszeichnung von den Laryngologen aller Nationen mit aufrichtiger Freude entgegengenommen werden wird, und bringen dem Collegen unseren herzlichsten Glückwunsch dar.

---

## Einladung zur Theilnahme an den Sitzungen der Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Bremen, 15. bis 20. September 1890.

Bremen, 1890.

Im Einverständnisse mit den Geschäftsführern der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte haben wir die Vorbereitungen für die Sitzungen der Abtheilung

No. 21 für Laryngologie und Rhinologie

übernommen und beehren uns hiermit, die Herren Vertreter des Faches zur Theilnahme an den Verhandlungen dieser Abtheilung ganz ergebenst einzuladen.

Gleichzeitig bitten wir, Vorträge und Demonstrationen frühzeitig bei uns anmelden zu wollen.

Die Geschäftsführer beabsichtigen, zu Anfang Juli allgemeine Einladungen zu versenden, und es wäre wünschenswerth, schon in diesen Einladungen eine vorläufige Uebersicht der Abtheilungs-Sitzungen geben zu können.

Dr. med. Schaeffer, einführender Vorsitzender, Kohlhökerstrasse 8.

Dr. med. Winkler, Schriftführer, Fedelhören 29.

---

## British Medical Association.

58. Jahresversammlung. Birmingham, 29. Juli bis 1. August 1890.

Section J. Laryngologie und Rhinologie.

Präsident: John. St. S. Wilders, Birmingham.

Vicepräsidenten: Ch. J. Symonds, London,
A. E. Garrod, London.

Secretäre: E. H. Jacob, Leeds (12. Park Street),
Scanes Spicer, London (28. Welbeck Street. W.).

Als allgemeine Discussionsgegenstände sind in Aussicht genommen:

1. Die Behandlung der Kehlkopfschwindsucht.
2. Die Aetiologie, Bedeutung und Behandlung von Auswüchsen und Verbiegungen der Nasenscheidewand.

Anmeldungen zur Theilnahme an diesen Discuscionen, sowie Anmeldungen unabhängiger Vorträge sind möglichst frühzeitig an Dr. Scanes Spicer, 28. Welbeck Street, W. London, zu richten.

# Namen-Register.*)

## A.



## B.



*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten sich auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. beziehen.

## C.

## D.

## H.

## I.



## J.



## K.

## L.

## T.



## U.



## V.

# Sach-Register.

## A.

## B.

## C.

## D.

## F.

## G.

## H.

## I.

## M.

## O.

## P.

## Q.



## R.

## S.

## T.

## U.



## V.



## W.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

141/8

